

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CLEVERSON HIGA KAIO

COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS EM ADOLESCENTES INTERNADOS POR
TRANSTORNO DE USO DE SUBSTÂNCIAS

CURITIBA

2016

CLEVERSON HIGA KAIO

COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS EM ADOLESCENTES INTERNADOS POR
TRANSTORNO DE USO DE SUBSTÂNCIAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Manoel S. Dória

CURITIBA

2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS – SIBI/UFPR,
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – SD, BIBLIOTECÁRIA CRISTIANE SINIMBU
SANCHEZ CRB9/1848, COM OS DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR.

K133 Kaio, Cleverson Higa
 Comorbidades psiquiátricas em adolescentes internados por
 transtorno de uso de substâncias [recurso eletrônico] / Cleverson Higa
 Kaio. – Curitiba, 2016.

 Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de
 Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança
 e do Adolescente, 2016.
 Orientador: Prof. Dr. Gustavo Manoel S. Dória.

 1. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. 2. Psiquiatria
 do Adolescente. 3. Diagnóstico Duplo (Psiquiatria). I. Dória, Gustavo
 Manoel. II. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do
 Adolescente. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do
 Paraná. III. Título.

NLMC: WM 270

Parecer

A Banca Examinadora, instituída pelo colegiado do **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO E DOUTORADO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**, do Setor de Ciências Saúde, da Universidade Federal do Paraná, após arguir a Mestranda

Cleverson Higa Raio

em relação a sua Dissertação de Mestrado intitulada:

“COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS EM ADOLESCENTES INTERNADOS POR TRANSTORNO DE USO DE SUBSTÂNCIAS”

é de parecer favorável à *Aprovação* do acadêmico, habilitando-o ao título de *Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente*,
Área de Concentração em *Psiquiatria da Infância e da Adolescência*,
Área Específica *Medicina*

Curitiba, 25 de novembro de 2016

Gustavo Manóel Schier Dória
Professor Doutor Gustavo Manoel Schier Dória

Professor Adjunto do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria da Universidade Federal do Paraná-UFPR;
Presidente da Banca Examinadora e Orientador do Trabalho.

Raffael Massuda
Professor Doutor Raffael Massuda

Professor Adjunto da Universidade Federal do Paraná-UFPR; **Primeiro Examinador.**

Sabrina Stefanello
Professora Doutora Sabrina Stefanello

Professora Adjunta da Universidade Federal do Paraná-UFPR; **Segunda Examinadora.**

Mônica Nunes Lima Cat
Professora Doutora Mônica Nunes Lima Cat

Professora Associada do Departamento de Pediatria da UFPR e
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da UFPR

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os integrantes do Programa de Pós-Graduação da Criança e do Adolescente, pela receptividade, pelo crédito e incentivo.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Gustavo Manoel Schier Dória, pela confiança, pelo estímulo e pelas idéias ao meu trabalho.

Agradeço à Prof.^a Dr.^a Mônica Nunes Lima, pela paciência, pelas aulas, pelo trabalho estatístico e de correções.

Agradeço à minha namorada Cristiane Megumi Simamura, pela sua paciência e carinho, por acompanhar e incentivar meus estudos.

Agradeço à minha amiga Elke Oliveira Fernandes, pelo seu comprometimento e pela ajuda nas fases iniciais desse trabalho.

Agradeço a todos os profissionais e funcionários do Hospital San Julian de Piraquara, que colaboraram para que este trabalho ocorresse.

RESUMO

O objetivo desse estudo é avaliar as comorbidades psiquiátricas em adolescentes com Transtorno de Uso de Substâncias (TUS) internados na cidade de Curitiba. O abuso de substâncias e a presença de comorbidades psiquiátricas na adolescência, aumenta o comportamento disfuncional do adolescente, o coloca em riscos (evasão escolar, gestações indesejadas, criminalidade, homicídio, suicídio), chegando a ser um problema de saúde pública. O TUS na adolescência se tornou um grande problema social e de saúde. A idade da primeira experimentação tem diminuído e a precocidade do uso aumenta o risco para desenvolver dependência e outros transtornos psiquiátricos. Espera-se que grande parte dos adolescentes dependentes de substâncias apresentem comorbidades psiquiátricas. A versão brasileira do *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children* (K-SADS-PL) foi aplicada a 35 adolescentes do sexo masculino que foram hospitalizados por TUS na cidade de Curitiba. Verificou-se que 92% dos adolescentes tinham alguma comorbidade psiquiátrica. As comorbidades mais frequentemente observadas foram o Transtorno de Conduta (TC) (57,1%), Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (48,6%) e Transtorno opositor desafiante (TOD) (40,0%). A maconha (94,2%) e o crack (40,0%) foram as principais substâncias utilizadas pelos adolescentes. O uso de maconha esteve mais frequentemente associada a efeitos negativos sobre o comportamento e vida dos adolescentes. É de extrema importância avaliar os fatores que podem prevenir a progressão de um transtorno e/ou comorbidade para diminuir os prejuízos do desenvolvimento do adolescente e o custo gerado para o tratamento tardio. Desta forma, é necessária a implantação de serviços que atendam essa população.

Palavras-chave: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Psiquiatria Infantil. Psiquiatria do Adolescente. Transtornos Mentais.

ABSTRACT

The aim of this study is to evaluate psychiatric comorbidity in hospitalized adolescents with Substance Use Disorder (SUD) in the city of Curitiba. Substance abuse and the presence of psychiatric comorbidities in adolescence increases the dysfunctional behavior, puts him at risk (school dropout, unexpected pregnancies, criminality, homicide, suicide), becoming a public health problem. Substance Use Disorder in adolescence has become an important social and health problem. The age of first experimentation has decreased and the precocity of use increases the risk for dependence and other psychiatric disorders. It is expected that most of the adolescents with substance dependence have psychiatric comorbidities. The Brazilian version of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children (K-SADS-PL) was applied to 35 male adolescents with SUD who were hospitalized in the city of Curitiba. It was found that 92% of adolescents had some psychiatric comorbidity. The most frequent comorbidities among adolescents of this present study were Conduct disorder (CD) (57.1%), Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) (48.6%) and Oppositional defiant disorder (ODD) (40.0%). Marijuana (94.2%) and crack (40.0) were the main substances used by adolescents. The use of marijuana was the most frequently associated with negative effects on the behavior and lives of adolescents. It is very important to assess the factors that can prevent the natural progression of a disorder and/or comorbidity to reduce the impairment of the adolescent development and the cost for late treatment. Thus, the development of services that support this population is needed.

Keyword: Substance-Related Disorders. Child Psychiatry. Adolescent Psychiatry. Mental Disorders.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 -	DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA NO NÚMERO DE DROGAS UTILIZADAS PELOS ADOLESCENTES	43
GRÁFICO 2 -	PRESENÇA DE COMORBIDADES NOS ADOLESCENTES COM TUS	44
GRÁFICO 3 -	NÚMERO DE COMORBIDADES	45
GRÁFICO 4-	PREVALÊNCIA DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI	47
GRÁFICO 5-	DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DOS PREJUÍZOS DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI	47
GRÁFICO 6 -	DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DA REPETÊNCIA ESCOLAR.....	50
GRÁFICO 7 -	DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DO TIPO DE SUBSTÂNCIA DE ACORDO COM O TDHA	51
GRÁFICO 8 -	DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DO TIPO DE SUBSTÂNCIA DE ACORDO COM O TOD	52
GRÁFICO 9 -	DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DO TIPO DE SUBSTÂNCIA DE ACORDO COM O TC	53
GRÁFICO 10 -	GRÁFICO 10 - TEMPO DE USO DE SUBSTÂNCIAS NÚMERO DE COMORBIDADES	55
GRÁFICO 11 -	TEMPO DE USO DE SUBSTÂNCIAS NUMERO DE DROGAS	55
GRÁFICO 12 -	TEMPO DE USO DE SUBSTÂNCIAS E ABUSO OU DEPENDÊNCIA.....	56
GRÁFICO 13 -	COM QUEM RESIDIAM OS ADOLESCENTES COM TUS	58

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA	42
TABELA 2 -	FREQUÊNCIA DE TRANSTORNO DO USO DE SUBSTÂNCIAS NOS ADOLESCENTES.....	43
TABELA 3 -	DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DO USO ASSOCIADO DE SUBSTÂNCIAS.....	44
TABELA 4 -	FREQUÊNCIA DE COMORBIDADES EM ADOLESCENTES COM USO DE SUBSTÂNCIAS	45
TABELA 5 -	ASSOCIAÇÃO ENTRE AS COMORBIDADES OBSERVADAS....	46
TABELA 6 -	EFEITOS NEGATIVOS DAS SUBSTÂNCIAS.....	46
TABELA 7 -	CARACTERÍSTICAS DOS USUÁRIOS DE MACONHA	48
TABELA 8 -	CARACTERÍSTICA DOS ADOLESCENTES EM USO DE MACONHA ISOLADA E MACONHA ASSOCIADA A OUTRAS DROGAS	49
TABELA 9 -	GRAVIDADE DO TRANSTORNO DE USO DE SUBSTÂNCIAS E COMORBIDADES.....	49
TABELA 10 -	ASSOCIAÇÃO ENTRE A GRAVIDADE DO TRANSTORNO DO USO DE SUBSTÂNCIAS E NÚMERO DE COMORBIDADES	49
TABELA 11 -	FATORES ASSOCIADOS À REPETÊNCIA ESCOLAR.....	50
TABELA 12 -	RISCO DE TDHA DE ACORDO COM O TIPO DE SUBSTÂNCIA	51
TABELA 13 -	RISCO DE TOD DE ACORDO COM O TIPO DE SUBSTÂNCIA	52
TABELA 14 -	RISCO DE TC DE ACORDO COM O TIPO DE SUBSTÂNCIA	53
TABELA 15 -	FATORES ASSOCIADOS AO TDHA	53
TABELA 16 -	FATORES ASSOCIADOS AO TOD	54
TABELA 17 -	FATORES ASSOCIADOS AO TC	54
TABELA 18 -	FATORES ASSOCIADOS A SITUAÇÃO CONJUGAL DOS PAIS	57
TABELA 19 -	FREQUÊNCIA DE TRANSTORNO DO USO DE SUBSTÂNCIAS NOS PAIS.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

K-SADS-PL	- Entrevista Diagnóstica <i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children</i>
TA	- Transtorno de Ansiedade
TAG	- Transtorno de Ansiedade Generalizada
TC	- Transtorno de Conduta
TDAH	- Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
TEPT	- Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TH	- Transtorno de Humor
TAB	- Transtorno Afetivo Bipolar
TOD	- Transtorno Opositivo Desafiante
TUS	- Transtorno de Uso de Substâncias

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	OBJETIVOS	13
1.1.1	Objetivo geral	13
1.1.2	Objetivos específicos.....	13
2	REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1	O USO DE SUBSTÂNCIAS NA ADOLESCÊNCIA	14
2.2	O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE USO DE SUBSTÂNCIAS (TUS).....	16
2.3	O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE USO DE SUBSTÂNCIAS	17
2.3.1	Álcool.....	18
2.3.2	Maconha.....	19
2.3.3	Cocaína	20
2.3.4	Crack	21
2.3.5	Alucinógenos	22
2.4	AS COMORBIDADES ASSOCIADAS AO TRANSTORNO DE USO DE SUBSTÂNCIA NA ADOLESCÊNCIA	23
2.4.1	Transtorno da Conduta (TC)	25
2.4.2	Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).....	26
2.4.3	Transtorno de Oposição Desafiante (TOD).....	28
2.4.4	Transtornos de Ansiedade (TA)	29
2.4.5	Transtorno Depressivo Maior (TDM).....	30
2.4.6	Transtorno Afetivo Bipolar (TAB).....	31
2.4.7	Psicose	32
3	MATERIAL E MÉTODOS	34
3.1	TIPO DO ESTUDO	34
3.2	HIPÓTESE DE ESTUDO	34
3.3	LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO	34
3.4	POPULAÇÃO FONTE	35
3.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:.....	35
3.6	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:	35
3.7	POPULAÇÃO DE ESTUDO	35
3.8	AMOSTRA E TÉCNICAS DE AMOSTRAGEM	35

3.9	VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	36
3.10	PROCEDIMENTOS DE ESTUDO	38
3.11	TABULAÇÃO E GERENCIAMENTO DE DADOS.....	39
3.12	ANÁLISE ESTATÍSTICA	39
3.13	ÉTICA EM PESQUISA	39
3.14	MONITORAÇÃO DA PESQUISA	40
3.15	FOMENTO PARA A PESQUISA, PROFISSIONAIS E SERVIÇOS ENVOLVIDOS	40
4	RESULTADOS	42
5	DISCUSSÃO	59
5.1	COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS, TRANSTORNO DE USO DE SUBSTÂNCIAS E SEUS PREJUÍZOS	59
6	CONCLUSÕES	72
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
	REFERÊNCIAS	74
	APÊNDICE	89

1 INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicotrópicas ilegais entre adolescentes se tornou um grande problema social e de saúde no mundo. (BRADLEY; BAGNELL; BRANNEN, 2010). As implicações econômicas do uso de drogas são um problema de saúde pública e apresenta grande impacto econômico à sociedade. (MORAES *et al.*, 2006).

A adolescência é uma fase do desenvolvimento no qual tendem a ocorrer os primeiros episódios de uso de bebidas alcoólicas ou outras drogas, o que torna esse período alvo da maioria dos estudos e programas de prevenção. (NIDA, 2003; SLOBODA, 2005; MADRUGA *et al.*, 2012; RIBEIRO, 2012).

O consumo de drogas lícitas pode ser a porta de entrada para o uso de substâncias ilícitas. As drogas e o álcool são substâncias que provocam alterações no psiquismo, provocando alterações de humor, sensações de prazer e euforia, alívio, medo entre outras sensações que podem satisfazer momentaneamente uma deficiência emocional comum que o adolescente sinta nessa fase. As drogas podem causar dependência física e psicológica, além de originar outros danos como acidentes, suicídio, violência, gravidez não planejada e aumento do risco de doenças sexualmente transmissíveis. (BRASIL, 2005).

Indivíduos com transtorno de uso de substâncias (TUS) podem apresentar prejuízos cognitivos relevantes, semelhantes aos verificados em pacientes com lesão na área frontal do cérebro (DE ALMEIDA; MONTEIRO, 2011), os quais estão frequentemente relacionados com o tempo de uso da droga, sendo, no entanto, muitas vezes, revertidos após períodos de abstinência. Contudo, convém salientar que estes prejuízos podem afetar a aderência ao tratamento, aumentando a probabilidade de recaídas. (CUNHA; NOVAES, 2004).

A presença de transtornos psiquiátricos associados ao uso de drogas tem sido tema de estudos nacionais (ALVES; KESSLER; RATTO, 2004; ZALESKI *et al.*, 2006; SCHEFFER; PASA; DE ALMEIDA, 2010) e internacionais (GRANT *et al.*, 2004; JANÉ-LLOPIS; MATYTSINA, 2006; DEMETROVICS, 2009; LAI; HUANG, 2009). Indivíduos com TUS possuem mais chances de desenvolver transtorno psiquiátrico, quando comparados a indivíduos que não utilizam drogas, sendo a identificação deste outro transtorno relevante tanto para o prognóstico quanto para o tratamento adequado do paciente. (CORDEIRO; DIEHL, 2011; RIBEIRO, 2012).

A abordagem do adolescente com transtorno de uso de substância associado a uma comorbidade psiquiátrica é muito complexa, como relatado tanto nos países em desenvolvimento (ZALESKI *et al.*, 2006; SCHEFFER; PASA; DE ALMEIDA, 2010) como nos desenvolvidos. (DEMETROVICS, 2009; LAI; HUANG, 2009). Os prejuízos pelo uso das próprias drogas se confundem com os sintomas causados por transtornos psiquiátricos que frequentemente ocorrem associados a essa condição. (REY, 2012).

O abuso ou dependência de substâncias e a presença de comorbidades psiquiátricas na adolescência aumentam o comportamento disfuncional do adolescente. Grande parte dos adolescentes internados por uso de substâncias apresentam comorbidades psiquiátricas. (CLARK; MARTIN; CORNELIUS, 2008; REY, 2012; MOORE *et al.*, 2014).

A avaliação de uma criança ou adolescente com apenas uma patologia psiquiátrica, levando-se em conta a velocidade do neurodesenvolvimento, todas as mudanças hormonais e alterações da dinâmica familiar, já requer abordagem específica e detalhada. A presença de outras comorbidades psiquiátricas torna a avaliação ainda mais complexa. (RIBEIRO, 2012).

Os sintomas físicos e psicológicos causados pelo abuso ou dependência de substâncias na infância e adolescência podem estar bastante graves e exacerbados. Dessa maneira, pode sobrepor e/ou mascarar possíveis sintomas causados por outros transtornos psiquiátricos que cursam com impulsividade, agressividade, agitação psicomotora e alterações de humor, que podem ocorrer no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, no transtorno de conduta, no transtorno opositor desafiante e no transtorno afetivo bipolar. (RIBEIRO, 2012).

É importante elucidar a relação entre o surgimento do uso de substância pelos adolescentes e as comorbidades psiquiátricas, se estas ocorrem primariamente, concomitantemente ou secundariamente. (RIBEIRO, 2012). Alguns transtornos psiquiátricos como o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e o transtorno de conduta (TC) com início na infância podem ser diagnosticados antes dos 10 anos de idade, quando o uso de substâncias nessa faixa de idade é menos prevalente. (NAJT; FUSAR-POLY; BRAMBILLA, 2011; VOLKOW *et al.*, 2012). Sendo assim, esta informação pode esclarecer se estes transtornos podem evoluir com o aumento do risco de abuso ou dependência de substância na adolescência. (CHEN; STORR; ANTHONY, 2009).

Ocorre também que o início de uso pesado e contínuo de drogas na infância e adolescência pode levar ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos ou até piorar sintomas prévios, tornando o tratamento ainda mais difícil. Pode-se citar alterações de humor e psicose induzida por substâncias como exemplos. Dessa forma, é necessário, cada vez mais, a implantação de serviços que atendam a essa população. (RIBEIRO, 2012).

Durante a intoxicação e a abstinência, o álcool pode causar sintomas de depressão, ansiedade e hipomania/mania (ALVES; KESSLER; RATTO, 2004), podendo haver algumas dificuldades no diagnóstico de comorbidades em indivíduos com TUS, em especial no que se refere à diferenciação entre transtornos previamente existentes e transtornos secundários ao TUS. (ROUNSAVILLE, 2004). A possibilidade de sintomas de abstinência ou de intoxicação serem entendidos como psicopatologias, bem como o fato de transtornos mentais serem entendidos como decorrentes do uso/abuso de substâncias são pontos que devem ser cautelosamente avaliados e elucidados. (JOHNSON; BREMS; BURKE, 2002; ZALESKI *et al.*, 2006; DEMETROVICS, 2009; RIBEIRO, 2012). A intensidade da sintomatologia psiquiátrica secundária ao consumo de drogas diminui após as primeiras semanas de abstinência, assim, um dos fatores relevantes neste processo de avaliação é o tempo decorrido desde a interrupção do uso da droga. (MERIKANGAS *et al.*, 1998; RIBEIRO, 2012).

A compreensão dos fatores associados ao uso de substâncias entre os adolescentes é essencial, o que possibilita intervenções precoces, cruciais para evitar transtornos por uso de substância e seu impacto negativo na vida adulta. (MADRUGA *et al.*, 2012). As interações do ambiente social com fatores genéticos e biológicos aumentam o risco de forma exponencial. O comprometimento das funções parentais, baixa renda familiar, história de transtornos psiquiátricos e/ou uso de substâncias na família, baixa escolaridade e dificuldade de acesso a avaliação profissional especializada são alguns fatores que podem contribuir para uma pior evolução. (RIBEIRO, 2012).

O diagnóstico precoce e tratamento adequado especializado é importante para a saúde pública, permitindo prevenção e redução de prejuízos funcionais na adolescência e possivelmente na vida adulta. (CLARK; MARTIN; CORNELIUS, 2008). As intervenções terapêuticas mais acertadas estão vinculadas a uma boa avaliação. Para as crianças, na maior parte das vezes, a intervenção psicoterapêutica é a primeira escolha, mas pode ser necessária a utilização de psicofármacos, que devem ser utilizados conforme o nível de evidências científicas. (ASSUMPTÃO JUNIOR, 2002).

A identificação de comorbidades psiquiátricas em indivíduos com TUS é importante tanto para o prognóstico quanto para o planejamento e desenvolvimento de intervenções e tratamentos adequados. Desta forma, o objetivo deste estudo foi verificar a associação das comorbidades psiquiátricas em adolescentes com transtorno de uso de substâncias.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Avaliar a prevalência de comorbidades psiquiátricas em adolescentes internados por Transtorno de Uso de Substâncias.

1.1.2 Objetivos específicos

- a) Avaliar a associação das comorbidades psiquiátricas mais prevalentes e os prejuízos nos adolescentes;
- b) Avaliar a associação entre a gravidade do uso de substâncias e o transtorno psiquiátrico diagnosticado;
- c) Avaliar a associação entre a substância utilizada com os potenciais prejuízos nos adolescentes.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O USO DE SUBSTÂNCIAS NA ADOLESCÊNCIA

A dependência química é um transtorno crônico e recidivante do cérebro, na qual o uso continuado de substâncias psicoativas provoca mudanças na estrutura e no funcionamento desse órgão. (KALIVAS; VOLKOW, 2005). Essa patologia deve ser considerada um transtorno complexo, que necessita de estratégias e modelos de atenção específicos para que se possa obter um bom prognóstico. (RIBEIRO, 2012).

O núcleo do prazer no cérebro denominado sistema mesolímbico-mesocortical ou sistema de recompensa, está relacionado à dependência e à tolerância por substâncias psicoativas. As estruturas envolvidas nesse sistema são a área tegmental-ventral, *nucleus accumbens*, amígdala e córtex pré-frontal. (NIDA, 2010). As drogas agem diretamente nessa região do cérebro para produzir seus efeitos agradáveis. Dessa maneira, as substâncias corrompem os mecanismos fisiológicos do cérebro visando a produção de um prazer químico, em detrimento de aprendizados fundamentais (planejamento, elaboração, negociação, disciplina, execução, resignação e frustração) para o amadurecimento pessoal dentro do contexto social. (ESCH; STEFANO, 2004).

A adolescência é uma fase de experimentações e busca de prazer, quando o jovem ainda tem dificuldades no autocontrole, por sua imaturidade e dificuldade de avaliar os riscos. Desta forma, fica vulnerável à substâncias que ativam o sistema de recompensa e produzem sensações prazerosas imediatas. (NIDA, 2014). Todas as drogas que são consumidas em excesso têm em comum a ativação direta do sistema de recompensa do cérebro, ativando o reforço de comportamento e produção de memórias. A necessidade de recompensa intensa leva à negligência de atividades, como a escola, as relações familiares e sociais, o lazer e coloca o jovem em risco para comportamentos violentos e delinquência. (REY, 2012).

As primeiras experiências com drogas ocorrem, frequentemente, na adolescência, e é considerada precoce quando se inicia entre 10 e 19 anos, de acordo com a OMS. (BROECKER; JOU, 2007).

A Organização Mundial de Saúde revela que não há apenas um número crescente de jovens nos países em desenvolvimento em uso recreacional de substâncias lícitas e ilícitas, mas os problemas associados com o uso de drogas ilegais (evasão

escolar, gestações indesejadas, criminalidade, homicídio e suicídio) também estão em ascensão. (WHO, 2002).

Existem evidências de que o uso experimental de drogas na infância e puberdade pode levar ao uso abusivo e mesmo dependência na vida adulta. (NAPPO *et al.*, 2010). A curiosidade natural dos adolescentes é um dos fatores internos mais influentes na experimentação de substâncias psicoativas. Esta curiosidade os impulsiona a experimentar novas sensações e prazeres. O jovem vive o presente, buscando realizações imediatas e os efeitos das drogas vão de encontro a esse perfil, proporcionando prazer passivo e imediato. Os adolescentes possuem ainda uma "onipotência juvenil" que dificulta a avaliação de riscos, vivendo a fantasia de que são invulneráveis. (MORIHISA, 2006).

Além disso, o desejo de pertencer ou mostrar que é de algum grupo faz com que algumas pessoas, especialmente os adolescentes, usem drogas que façam parte daquele grupo. Nesse sentido, estudos internacionais tem apontado a influência do grupo como sendo o principal determinante no início do consumo de drogas. Somem-se a isso fatores externos como opiniões de amigos, aceitação do uso no ambiente, fácil acesso às drogas e oportunidades de uso e tem-se o ambiente propício para a experimentação de drogas. (NIDA, 2014).

Os estudos epidemiológicos também buscam levantar fatores de risco e proteção, os quais são assim denominados por envolverem características biológicas, psicológicas ou sociais associadas ao uso indevido de substâncias. Alguns dos fatores psicossociais mais estudados são relacionados ao ambiente familiar, autoestima, religiosidade, percepção de risco, facilidade de acesso e informação sobre drogas, perspectiva de futuro, entre inúmeros outros. (SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2005; AMATO, 2010).

Vários trabalhos revelam forte associação entre o baixo rendimento escolar e o consumo de drogas. (HOLLAR; MOORE, 2004). O início do abuso ou dependência de substância na adolescência aumenta a mortalidade na vida adulta. (CLARK; MARTIN; CORNELIUS, 2008). À medida que o uso e abuso de maconha entre adolescentes e jovens adultos estão se tornando mais comum, a idade de início do consumo de *cannabis* está em declínio e a potência do tetrahydrocannabinol está aumentando. (CASADIO *et al.*, 2011). A idade da primeira experimentação de cocaína é um importante fator de risco, uma vez que vários estudos têm demonstrado

relação entre a precocidade do uso e aumento do risco de desenvolver dependência e outros transtornos psiquiátricos. (CHEN; STORR; ANTHONY, 2009).

2.2 O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE USO DE SUBSTÂNCIAS (TUS)

Os estudos epidemiológicos em psicopatologia infanto-juvenil podem esclarecer diversas questões como desenvolvimento de transtornos mentais durante a infância e a adolescência; impacto do transtorno mental no desenvolvimento normal infantil e efeito do próprio desenvolvimento infantil sobre o transtorno mental. Dados sobre prevalência e incidência são úteis para o planejamento de diferentes níveis de prevenção e de tratamento e contribuem para a avaliação da necessidade, disponibilidade e efetividade de serviços. (COSTELLO; ERKANLI; ANGOLD, 2006)

O Transtorno de Uso de Substâncias (TUS) está entre os transtornos mais comuns na adolescência, com prevalência ao longo da vida de 3 até 32%. (ESSAU, 2011).

Em um relatório apresentado nos Estados Unidos, com alunos do final do ensino médio, quase a metade (48%), em 2010, já havia feito uso de drogas ilícitas ao longo da vida, sendo que 24% relataram uso atual (definido como uso nos últimos 30 dias). (JOHNSTON *et al.*, 2009). Apesar da alta prevalência de uso de substâncias entre os adolescentes americanos, é provável que a maioria dos adolescentes que poderiam se beneficiar de tratamento para o abuso de substâncias nunca receberam tratamento especializado. (ILGEN *et al.*, 2011).

Um estudo transversal, quantitativo, identificou situações de vulnerabilidade vivenciadas pelos adolescentes do ensino médio da rede pública de Cuiabá, no Mato Grosso, no segundo semestre de 2009. Os resultados revelaram que 10,5% dos meninos e 5,8% das meninas já fizeram uso de drogas ilícitas, aos 15 anos, sendo a cocaína (28,9%) e a maconha (15,7%) as mais relatadas; 45,2% dos meninos e 52,4% das meninas consumiam bebidas alcoólicas, sendo a cerveja a mais comum. Entre os que se declararam fumantes (16,0%), a maioria iniciou o consumo aos 15 anos. (JESUS *et al.*, 2011).

Em uma amostra de 50.890 estudantes brasileiros, de ambos os gêneros, de 27 capitais brasileiras, com predomínio da faixa etária de 13 a 15 anos de idade, 25,5% dos estudantes referiu uso na vida de alguma droga (exceto álcool e tabaco), 10,6% referiu uso no último ano e 5,5% referiu uso no mês. As drogas mais citadas

pelos estudantes foram bebidas alcoólicas e tabaco, respectivamente 42,4% e 9,6% para uso no ano. Em relação às demais, para uso no ano, foram: inalantes (5,2%), maconha (3,7%), ansiolíticos (2,6%), cocaína (1,8%) e anfetamínicos (1,7%). (CARLINI *et al.*, 2010).

Em uma amostra de 761 adolescentes brasileiros, aproximadamente 3% relataram o uso de pelo menos uma droga ilegal nos últimos 12 meses. (MADRUGA *et al.*, 2012). Nesta mesma amostra 11.3% dos adolescentes eram abusadores e/ou dependentes de álcool.

Um estudo de prevalência de uso de cocaína no Brasil, com 1157 adolescentes de 14 a 18 anos de idade, revelou que o uso ao longo da vida de cocaína foi de 3,6% (6,7% em homens e 0,5% entre as mulheres) e 2,4% deles usaram a substância pelo menos uma vez no ano anterior (4,5% entre os homens e 0,3% entre mulheres). Também foi encontrado que 0,8% tinham usado crack pelo menos uma vez na vida, enquanto 0,2% usou durante o último ano. Quase metade dos usuários de cocaína (45%) do estudo experimentou a droga pela primeira vez antes dos 18 anos de idade. (ABDALLA *et al.*, 2014).

A OMS constatou recentemente tendência de redução do uso de cocaína nos países mais desenvolvidos e aumento nos países emergentes – o que parece estar acontecendo no Brasil. (WHO, 2002).

2.3 O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE USO DE SUBSTÂNCIAS

O DSM-5 não separa o diagnóstico de abuso e dependência de substância como no DSM IV. Ao invés, os critérios são estabelecidos para o transtorno de uso de substâncias, acompanhado por critérios para intoxicação, abstinência e distúrbios induzido por medicação/substância. Os critérios do DSM-IV com relação aos problemas legais recorrentes relacionado a uso de substância foi excluído do DSM5, e um novo critério, o *craving* / fissura ou um forte desejo de usar substância, foi adicionado. Além disso, o limiar para o diagnóstico de transtorno de uso de substâncias no DSM-5 é estabelecido em dois ou mais critérios, em contraste com um limiar de um ou mais critérios para o diagnóstico de abuso de substância e três ou mais para dependência de substância no DSM-IV. A gravidade dos transtornos de uso de substâncias no DSM-5 baseia-se no número de critérios presentes: 2-3 critérios

indicam transtorno leve; 4-5 critérios, transtorno moderado; e 6 ou mais, transtorno grave. (APA, 2013).

2.3.1 Álcool

Transtornos relacionados ao uso de álcool são comuns entre adolescentes e podem representar consequências graves à saúde. O álcool é a droga mais utilizada entre os adolescentes americanos. Um quarto dos jovens com 12-20 anos de idade, pesquisados em 2011, relataram ter bebido no último mês, enquanto 15,8% relataram ter bebido excessivamente (*binge drinking*) no último mês, e 4,4% relataram ter bebido pesado (*heavy drinking*) no último mês. (SAMHSA, 2014). Em uma amostra de 50.890 estudantes brasileiros, com predomínio da faixa etária de 13 a 15 anos de idade, 42,4% relataram uso de álcool no último ano. (CARLINI *et al.*, 2010).

O uso abusivo crônico de álcool tem um efeito deletério sobre a estrutura e a função cerebral. O cérebro do adolescente está ativamente se desenvolvendo ao longo dos anos até início da vida adulta. Esta evolução é marcada por períodos importantes de maturação e/ou poda seletiva em áreas específicas (córtex pré-frontal, hipocampo, amígdala) do cérebro que podem ser vulneráveis aos efeitos do álcool e de outras substâncias durante a adolescência. (SQUEGLIA *et al.*, 2012). Os indivíduos que iniciaram uso de álcool antes dos 15 anos de idade tem 5 vezes mais chances de ter transtorno por uso de álcool na vida adulta do que aqueles que começaram o consumo de após os 21 anos. (SAMHSA, 2014).

A relação entre problemas de conduta na infância e problemas com álcool na vida adulta tem sido demonstrada em meninos, com início mais cedo e aumento mais rápido no consumo do que nos controles. (McARDLE, 2008). Segundo Tomlinson, adolescentes podem aprender a usar o álcool para aliviar os sintomas de depressão e de ansiedade social. (TOMLINSON; BROWN, 2012). Os sintomas depressivos em meninos na pré-adolescência, são fatores de risco para o desenvolvimento mais rápido de problemas relacionados ao álcool na adolescência. (MARMORSTEIN; ; IACONO; MALONE, 2010). Alguns estudos descobriram que entre os adolescentes com transtorno depressivo e transtorno por uso de álcool, não havia um padrão temporal consistente de início, mas a depressão ocorreu primeiro em um número substancial de casos (58%). (ROHDE; LEWINSOHN; SEELEY, 1996). Por outro lado, alguns estudos descobriram que os transtornos depressivos em adolescentes não

são preditores de transtorno por uso de álcool no futuro, e que o uso anterior de drogas ou álcool pode ser preditor de transtornos depressivos. Por fim, estes resultados podem variar de acordo com idade, gênero, e se álcool ou outras substâncias relacionadas são avaliadas. (BROOK *et al.*, 2002).

2.3.2 Maconha

A maconha é a droga ilícita mais abusada mundialmente, com prevalência anual de 2,5% afetando principalmente a população jovem. (WHO, 2002). A *cannabis* manteve-se a substância ilícita mais consumida nos Estados Unidos, 80,6% dos usuários de substâncias ilícitas relataram ter usado no último ano. (SAMHSA, 2014).

No Brasil, 62% dos indivíduos que experimentaram maconha, o fizeram antes dos 18 anos de idade. Mais da metade dos usuários, tanto adultos quanto adolescentes consomem maconha diariamente. Em 2006 existia menos de 1 adolescente para cada adulto usuário de maconha, enquanto em 2012 foi de 1.4 adolescentes para cada adulto usuário. (MADRUGA *et al.*, 2012).

Estudos mostram que prejuízo do desempenho escolar é um importante efeito associado ao uso de maconha em jovens. (FERGUSON; BODEN; HORWOOD, 2015). Dependentes de *cannabis* tiveram um decréscimo 5,23 pontos no QI, da infância para a vida adulta, se comparados com controles, num seguimento de 38 anos. (MEIER *et al.*, 2012). No Brasil, 37% dos adultos e 10% dos adolescentes usuários de maconha são dependentes. (MADRUGA *et al.*, 2012). O uso da maconha também está associado ao aumento da chance de se envolver com outras drogas. Inúmeros estudos mostram associação com sintomas psicóticos, esquizofrenia e depressão. (FERGUSON; BODEN; HORWOOD, 2015; FERGUSON; HORWOOD.; RIDDER, 2006; RUBINO; ZAMBERLETTI; PAROLARO, 2012). Observou-se ainda aumento da chance de fracassar na vida e dobra a chance de se envolver em acidentes de trânsito. (FERGUSON; BODEN; HORWOOD, 2015).

O uso de *cannabis* corresponde a mais de 80% de todos os casos de abuso e dependência de substâncias. (SHAPIRO; BUCKLEY-HUNTER, 2010). O consumo de *cannabis* está associado a rebeldia, comportamento antisocial, mau desempenho escolar e aproximação com colegas que usam drogas. (HALL; DEGENHART, 2007). A grande maioria das admissões para tratamento de pacientes com menos de 15 anos é devido ao diagnóstico de uso de *cannabis*. (SAMHSA, 2014).

2.3.3 Cocaína

A cocaína e o *crack* são a maior causa de internação psiquiátrica de adolescentes no Brasil. (PIANCA *et al.*, 2016). Um estudo de prevalência de uso de cocaína no Brasil (ABDALLA *et al.*, 2014), com 1157 adolescentes de 14 a 18 anos de idade, revelou que o uso de cocaína ao longo da vida foi de 3,6% (6,7% em homens e 0,5% entre as mulheres) e 2,4% deles usaram a substância pelo menos uma vez no ano anterior (4,5% entre os homens e 0,3% entre mulheres). Quase metade dos usuários (45%) experimentou cocaína pela primeira vez antes dos 18 anos de idade.

O uso de cocaína parece estar relacionada ao abandono escolar. As taxas de abandono escolar entre os adolescentes que usaram cocaína nos últimos 12 meses foram de 23,7%, enquanto essa taxa estava próxima de 1% entre os que não usaram no último ano. (ABDALLA *et al.*, 2014).

Os danos relacionados ao uso de cocaína incluem danos para a saúde física e mental, perdas nas relações sociais e familiares e envolvimento com comportamentos violentos, levando a uma carga considerável para a sociedade. (DEGENHARDT; HALL, 2012). O usuário de cocaína possui um padrão grave de consumo, maior envolvimento em atividades ilegais e prostituição, maior risco de efeitos adversos da substância e maior chance de morar ou ter morado na rua. (OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

Um estudo com 131 usuários de cocaína mostrou que a taxa de mortalidade observada (20,6%) pode ser considerado extremamente elevada, especialmente se comparada com as taxas de mortalidade encontradas em estudos anteriores com a mesma substância. (DIAS *et al.*, 2011). Em uma pesquisa longitudinal de 3 anos, incluindo 430 usuários de *crack*, foi encontrada taxa de 2,3%. (SIEGAL; RAPP, 2002). Além disso, um estudo longitudinal de 8 anos composta de 401 sujeitos e um estudo de 12 anos com 321 veteranos masculinos confirmou 7% e 8,7% a taxas de mortalidade, respectivamente. (HSER *et al.*, 2006; FALCK; WANG; CARLSON., 2008). As diferenças nos resultados podem estar relacionadas com as variações de amostra sócio-demográficas.

2.3.4 Crack

O crack é uma apresentação da cocaína para ser fumada ou inalada, com o objetivo de produzir efeitos mais rápidos e intensos. (ELLENHORN *et al.*, 1997). Em um estudo de prevalência de uso de crack no Brasil (ABDALLA *et al.*, 2014), com 1157 adolescentes de 14 a 18 anos de idade, foi encontrado que 0,8% tinham usado crack pelo menos uma vez na vida, enquanto 0,2% usou durante o último ano.

O *crack* e a cocaína são a maior causa de internação psiquiátrica de adolescentes no Brasil. (PIANCA *et al.*, 2016). Do ponto de vista histórico, o crack surgiu em 1984 nos bairros pobres e marginalizados de Los Angeles, em Miami e outras cidades dos Estados Unidos. (REINARMAN; LEVINE, 1997). Era obtida através de um processo caseiro e utilizada em grupos, dentro de casa, com graus variados de abandono e precariedade. Os cristais eram fumados em cachimbos e estralavam (*cracking*) quando expostos ao fogo, característica que lhes conferiu o nome. (ELLENHORN *et al.*, 1997). O crack era utilizado eminentemente por jovens usuários de cocaína refinada atraídos inicialmente pelo baixo preço da substância. Após advento da AIDS, os usuários optaram pelo crack em busca de vias de administração mais seguras, sem prejuízo da intensidade dos efeitos. (DUNN; LARANJEIRA, 1999).

O perfil de seus consumidores, jovem, desempregado, com baixa escolaridade, baixo poder aquisitivo, proveniente de famílias desestruturadas, com antecedentes de uso de múltiplas drogas e comportamento sexual de risco (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008), dificulta a adesão destes ao tratamento, com necessidade de abordagens mais intensivas e diversificadas. (RIBEIRO, 2012).

O uso concomitante de cocaína e crack tem pior prognóstico em relação ao uso isolado de ambas substâncias. Entre os usuários das duas modalidades da droga o início do consumo do crack está mais relacionado a comportamentos de risco e a maior quantidade de consumo do que o início pela cocaína intranasal. (SHAW *et al.*, 1999).

A prevalência de transtornos mentais é maior entre usuários de crack se comparados aos usuários de cocaína inalada. (HAASEN *et al.*, 2005). Tal achado para estar relacionado à gravidade da dependência e aos fatores psicossociais combinados. Em geral, o usuário de crack possui padrão de consumo rapidamente

progressivo, intensivo e frequente, sendo duas a três vezes mais suscetível ao desenvolvimento de dependência, em relação ao consumo inalado. (CELENTANO; SHERMAN, 2009).

2.3.5 Alucinógenos

Entre todos os transtornos por uso de substância, o transtorno por uso de alucinógenos, considerando o Lysergic acid diethylamide (LSD) e o 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA), é um dos mais raros. Estima-se que a prevalência de 12 meses seja de 0,5% na faixa etária dos 12 aos 17 anos. Adolescentes, em particular, correm maior risco de uso dessas drogas, e estima-se que 2,7% dos jovens com idade entre 12 e 17 anos usaram uma ou mais dessas drogas nos últimos 12 meses, e destes 44% usaram *ecstasy*/MDMA. (*American Psychiatric Association*, 2013).

Estas substâncias estão ganhando popularidade entre os jovens dos Estados Unidos como drogas de festas e "baladas porque induzem "viagens" e outras experiências que muitas vezes são agradáveis para os usuários. (HARDAWAY; SCHWEITZER; SUZUKI, 2016).

Os alucinógenos podem causar uma variedade de efeitos físicos e psicológicos. O DSM-5 descreve alguns dos sintomas definidos como um estado intoxicado por uma substância alucinógena. Estes efeitos podem ser observados em sistemas autonômicos, neurológicos e gastrointestinais. Sinais e sintomas psicológicos podem incluir alterações ou intensificações de estados afetivos, distúrbios de percepção, desrealização e despersonalização, paranóia, ou até mesmo ideação suicida.

Existem várias comorbidades associadas com o uso a longo prazo da MDMA entre os adolescentes. Essas comorbidades incluem aumento dos sintomas depressivos, possíveis efeitos a longo prazo sobre memória e aumento do risco de transtorno de uso de alucinógenos. (HARDAWAY; SCHWEITZER; SUZUKI, 2016).

Um estudo entre os adolescentes de 12 a 17 anos de idade com uso ao longo da vida de MDMA, verificou-se que a taxa de tentativas de suicídio dobrou nestes adolescentes se comparados com o grupo de adolescentes que usaram outras drogas (que não MDMA), e aumentou quase 9 vezes em relação ao grupo que não fazia consumo de droga. (KIM *et al.*, 2011).

2.4 AS COMORBIDADES ASSOCIADAS AO TRANSTORNO DE USO DE SUBSTÂNCIA NA ADOLESCÊNCIA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem afirmado que os transtornos psiquiátricos com início na infância e na adolescência devem ser uma questão de preocupação em termos de saúde pública. Estudos epidemiológicos retrospectivos em populações adultas, nos EUA, mostraram que a idade de início dos transtornos psiquiátricos foi mais cedo do que se acreditava. (KESSLER *et al.*, 2012).

Estima-se que a prevalência geral dos transtornos mentais na infância e na adolescência seja entre 10 e 15%. (ROHDE; ZAVASCHI; LIMA, 2000) A *National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement* mostrou que transtornos psiquiátricos ao longo da vida são prevalentes em adolescentes de 13-18 anos (Abuso e Dependência de substâncias, 11%; Transtornos de ansiedade, 32%; Transtorno depressivo, 14%; Transtorno de conduta, 7%; Transtorno opositor desafiante, 13%; Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, 9%), e 40% dos adolescentes com um transtorno tem um outro. (MERIKANGAS *et al.*, 1998).

Os sinais de alerta para os transtornos psiquiátricos na infância, normalmente, já podem estar presentes na fase pré-escolar, por isso o diagnóstico precoce pode ser um fator protetor para as próximas fases do desenvolvimento. O diagnóstico psiquiátrico na infância é complexo, necessita de vários conhecimentos e também deve ser refletido o porquê e para quem deve servir este diagnóstico. O diagnóstico deve ser compreensivo, avaliando a situação atual do paciente e a repercussão futura do problema. (ASSUMPÇÃO JUNIOR, 2002).

Muitos estudos relacionam adolescentes dependentes de substâncias com algumas comorbidades psiquiátricas como: distímia, depressão maior, transtorno de conduta, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtornos alimentares e psicoses. (RIBEIRO, 2012). O início precoce de uso de drogas tem se mostrado um fator de risco para o desenvolvimento de transtorno de uso de substâncias e transtorno psiquiátricos. (MADRUGA *et al.*, 2012).

Muitos transtornos psiquiátricos se iniciam na infância ou adolescência, portanto, o abuso ou dependência por substâncias frequentemente coexistem com estes transtornos comórbidos, que mais tarde pode agravar o quadro clínico e dificultar as opções de tratamento. (NAJT; FUSAR-POLY; BRAMBILLA, 2011).

A adolescência é o período de maior risco para iniciar o uso da substância, e TUS de início na adolescência aumenta o risco de transtornos psiquiátricos, dependência prolongada, necessidade de tratamento e mortalidade. (CLARK; MARTIN; CORNELIUS, 2008).

Um estudo realizado no Brasil demonstrou aumento da probabilidade de transtorno psiquiátrico pelo DSM-IV com aumento do nível de uso do álcool. Mais de 80% dos adolescentes com história de uso abusivo ou dependência de substâncias apresentaram alguma forma de psicopatologia. Problemas relacionados ao álcool, em geral, sucederam os transtornos psiquiátricos ao invés de precederem esses transtornos. A comorbidade psiquiátrica foi associada ao início precoce da dependência por substâncias e maior probabilidade de utilização de serviços de tratamento da saúde mental. (ROHDE; LEWINSOHN; SEELEY, 1996).

A dependência de substância, ansiedade e depressão associadas são comuns e geralmente relacionadas com prejuízo funcional importante. (FERGUSSON; BODEN; HORWOOD, 2015). A dependência de substâncias em adolescentes com transtorno bipolar está associada a problemas legais, dificuldades acadêmicas, gravidez não planejada e suicidabilidade. (GOLDSTEI, 2010).

Um estudo prospectivo de 33 anos de seguimento demonstrou que transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e inabilidade social em crianças são preditores para desenvolver dependência de substâncias e transtorno de conduta. (OLAZAGASTI *et al.*, 2013). Os indivíduos que se apresentam com externalização precoce de uma psicopatologia são mais suscetíveis aos efeitos de substâncias de abuso. (VOLKOW *et al.*, 2012).

Em um estudo com adolescentes consumidores de *cannabis*, em regime ambulatorial, verificou-se taxa elevada de co-ocorrência entre o transtorno por uso de *cannabis* primários e outros diagnósticos psiquiátricos do Eixo I, como os transtornos de ansiedade, os transtornos de humor e os transtornos disruptivos. Foi encontrado também um alto grau de uso, abuso e dependência de múltiplas drogas. (ZAMAN *et al.*, 2015). O uso de *cannabis* também está associado ao risco de desenvolvimento de psicoses. (WU *et al.*, 2011).

Indivíduos com transtornos mais graves ou mau prognóstico, muitas vezes têm início mais precoce de uso de substâncias ou um TUS comórbido. (CLARK; MARTIN; CORNELIUS, 2008). Em um estudo australiano longitudinal com 1590 adolescentes, mostrou que a presença de agressão entre seus pares de 14 anos estava associada

a problemas de saúde mental e uso de substâncias posteriores. O diagnóstico de transtorno de conduta aumentou significativamente com a ocorrência de dependência de substâncias. O número de sintomas para transtorno de conduta, ansiedade e depressão também aumentou na ocorrência de dependência de substância. Nos casos de abuso de múltiplas drogas, a probabilidade de ter mais de um diagnóstico psiquiátrico esteve acima de 50%. (MOORE *et al.*, 2014).

2.4.1 Transtorno da Conduta (TC)

A característica essencial do Transtorno da Conduta (TC) é um padrão comportamental repetitivo e persistente no qual são violados direitos básicos de outras pessoas ou normas ou regras sociais relevantes e apropriadas para a idade. As estimativas de prevalência na população em um ano variam de 2 a mais de 10%, com mediana de 4%, de acordo com o DSM 5.

Os sinais de alerta para o transtorno de conduta em crianças pré-escolares são agressões, acessos de raiva, desobediências e problemas significativos na pré-escola ou no cuidado diário da criança. (BREITENSTEIN; HILL; GROSS, 2009).

Houveram poucas mudanças do DSM-IV para o DSM 5 com relação ao TC. Foram adicionados especificadores para indivíduos que preenchem todos os critérios para o transtorno e também para os "com emoções pró-sociais limitadas". Os indicadores deste especificador são aqueles que foram chamados de traços insensíveis e desprovidos de emoção. Os indivíduos com TC que preenchem critérios para este especificador tendem a ter uma forma mais grave do transtorno e uma resposta diferente ao tratamento. (APA, 2013).

Há literatura robusta já documentando a associação entre o TC e o TUS na adolescência. (KING; CHASSIN, 2008). Jovens com TC são 5,9 vezes mais propensos a ter TUS do que jovens sem o transtorno disruptivo. (NOCK *et al.*, 2006). Quando comparado com adolescentes sem problemas de uso de substâncias, os que possuem TUS são cerca de quatro vezes mais propensos a ter um distúrbio comportamento disruptivo. (ARMSTRONG; COSTELLO, 2002).

Vários estudos longitudinais tem mostrado a associação entre TC e o uso e abuso de *cannabis*. (PEDERSEN; MASTEKAASA; WICHSTROM, 2001; KING; IACONO; McGUE, 2004; SUNG *et al.*, 2004) O abuso de *cannabis* pode ser uma manifestação tardia de TC de início na primeira infância. (HERON *et al.*, 2013).

Os resultados de estudos longitudinais em adolescentes tratados mostraram que aqueles com TUS e comorbidade psiquiátrica (principalmente transtornos disruptivos do comportamento) apresentam taxas mais altas de uso de substâncias 12 meses após o tratamento quando comparados aos adolescentes sem um transtorno comórbido. (GRELLA *et al.*, 2001). Porém, estudos randomizados sobre tratamentos para TUS e transtorno disruptivo do comportamento mostraram que os efeitos do tratamento são consistentemente relacionados a maiores reduções no uso de substâncias. (STANGER *et al.*, 2009).

As conclusões de vários estudos sugerem que os transtornos de comportamento disruptivos (TC, TDAH, TOD) são os distúrbios mais prevalentes entre adolescentes com problemas de uso de substâncias (25-50%), particularmente entre os homens, seguido de depressão e ansiedade, particularmente entre as mulheres. (ARMSTRONG; COSTELLO, 2002). No TDAH e no TC, os comportamentos externalizantes aparecem precocemente e essas crianças apresentam alto risco de desenvolver abuso de substâncias mais tarde. (ELKINS; McGUE; IACONO, 2007). A associação entre problemas de atenção na infância e na posterior utilização de drogas ilícitas foram mediados via problemas de conduta. As conclusões destes estudos sugerem que problemas de atenção e de conduta na infância podem estar relacionados ao aumento do risco de envolvimento de droga ilícita mais tarde. (DEAS; BROWN, 2006; FERGUSON; HORWOOD; RIDDER, 2007).

2.4.2 Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

O TDAH está entre os transtornos neuropsiquiátricos mais hereditários afetando 3-5% das crianças. (APA, 2013). A maioria dos portadores do TDAH são meninos e tem resultados negativos amplos, incluindo o aumento do risco de TUS. (WILENS, 2007). É também um dos transtornos mais comumente diagnosticado em crianças e adolescentes. (FERGUSON; BODEN; HORWOOD, 2015).

A característica essencial do TDAH é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento. As manifestações do transtorno devem estar presentes em mais de um ambiente (p. ex, em casa, na escolar, na comunidade). O TDAH começa na infância. A exigência de que vários sintomas estejam presentes antes dos 12 anos de idade exprime a importância de uma apresentação clínica substancial durante a infância (APA, 2013).

No DSM 5, o TDAH foi colocado dentro do capítulo de transtornos do neurodesenvolvimento para enfatizar a associação do desenvolvimento cerebral com o TDAH. Os critérios diagnósticos para o TDAH no DSM-5 são similares àqueles do DSM-IV. Os mesmos 18 sintomas são usados como no DSM-IV, e continuam a ser divididos em 2 domínios de sintomas (desatenção e hiperatividade/impulsividade), dos quais pelo menos 6 sintomas em um domínio são obrigatórios para o diagnóstico. No entanto, houve algumas mudanças no DSM5:

- 1) exemplos foram acrescentados aos itens para facilitar a aplicação ao longo da vida;
- 2) o critério de início mudou de "sintomas que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade" para "vários sintomas de desatenção ou hiperatividade/impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade;
- 3) é permitido agora o diagnóstico comórbido com transtorno do espectro autista e déficit intelectual; e
- 4) houve uma mudança nos sintomas limiares para adultos, para enfatizar o comprometimento clinicamente significativo do TDAH, com a redução para 5 sintomas dos critérios para adultos e permanecendo 6 sintomas para os jovens, ambos para desatenção e hiperatividade/impulsividade.

Em um estudo longitudinal de 90 crianças com TDAH, 15-30% desenvolveram TUS na adolescência e 35-55% na vida adulta. (WILENS *et al.*, 2007). Estudos também indicam que indivíduos com TDAH têm início mais precoce de TUS, bem como curso mais longo e mais grave, com dificuldades maiores para recuperação do abuso em comparação com os controles. (UPADHYAYA, 2008).

Um paciente com TUS que chega para ser avaliado deveria ter sua história revisada para TDAH, visto que estudos demonstram alta prevalência de TDAH em pacientes adultos com TUS. (REINHARDT; REINHARDT, 2013). As comorbidades TUS e TDAH aumentam o risco de tentativa de suicídio em adolescentes. (KELLY; CORNELIUS; CLARK, 2004). Estudos de meta-análise mostram que o tratamento farmacológico de indivíduos com TDAH efetivamente reduz o risco de desenvolver TUS. (KATUSIC *et al.*, 2005; WILENS *et al.*, 2008).

Considerando a alta prevalência de TDAH entre usuários de substâncias, o TDAH pode ser mais comum entre adolescentes e adultos jovens que posteriormente

desenvolvem TUS. Esta hipótese é apoiada por uma meta-análise que mostrou que adolescentes com TDAH estão em 1,35 vezes maior risco de desenvolver um transtorno de uso de álcool, 2,36 vezes maior risco para o uso de nicotina e 3,48 vezes maior risco para a TUS não relacionado ao álcool. (CHARACH *et al.*, 2011).

2.4.3 Transtorno de Oposição Desafiante (TOD)

A prevalência do Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) varia de 1 a 11%, com prevalência média estimada de 3,3%. A característica essencial do TOD é um padrão frequente e persistente de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/desafiante ou de índole vingativa. A perturbação do comportamento causa prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional. (APA, 2013). Também caracteriza-se por comportamentos de oposição, desobediência, provocação e hostilidade em relação aos adultos e aos colegas. Mesmo que esses comportamentos sejam muito frequentes, o diagnóstico só é possível se são recorrentes (devem se manifestar pelo menos durante seis meses), se claramente excessivos, considerando-se idade e fase de desenvolvimento, e se há repercussões negativas acentuadas sobre o funcionamento social e adaptativo. (DUMAS, 2011; KRIEGER *et al.*, 2013).

Quatro mudanças foram feitas do DSM-IV para o DSM-5 para os critérios de TOD. Em primeiro lugar, os sintomas são agora agrupados em três tipos: humor irritado; comportamento argumentativo/desafiador e vingativo. Essa mudança destaca que o transtorno apresenta sintomatologia tanto emocional quanto comportamental. Segundo, o critério de exclusão para TC foi removido. Terceiro, uma vez que muitos comportamentos associados com sintomas de TOD ocorrem geralmente em crianças e adolescentes de desenvolvimento normal, uma nota foi adicionada aos critérios para estabelecer a frequência necessária para um comportamento ser considerado patológico. Quarto, foi adicionado também uma classificação de gravidade de acordo com os sintomas do indivíduo. (APA, 2013).

Os transtornos de comportamento raramente são "puros". É muito comum a presença de comorbidades, sobretudo ao se considerar esses transtornos sob uma perspectiva desenvolvimental. O TOD geralmente anuncia o TC e este último costuma envolver os sintomas do TOD. Portanto, é comum que ambos apareçam associados e que sejam acompanhados tipicamente de outras dificuldades que podem ou

precedê-los e agravá-los, ou ser consequência deles. (PARDINI; FITE, 2010). Uma evidência para a distinção entre os distúrbios vem de estudos que indicam que sintomas de TOD tendem a ocorrer com problemas internalizantes, enquanto sintomas de TC são mais associados com o desenvolvimento de transtornos por uso de substância, comportamento criminoso persistente e características de personalidade antisocial e psicopatia. (LE CORFF; TOUPIN, 2013; LOEBER; BURKE; PARDINI, 2009). É importante considerar o TOD como uma entidade clínica distinta do TC. (BEZDJIAN *et al.*, 2011).

O TOD e o TC estão entre as preocupações de saúde comportamental mais comum na infância. Ambos os distúrbios tem aumentado em prevalência em toda a infância, têm níveis elevados de comprometimento funcional e altas taxas de comorbidade entre eles e com outros transtornos psiquiátricos. Os indivíduos com TOD e TC também têm altas taxas de envolvimento com serviços de saúde mental. (LINDHIEM *et al.*, 2015).

Em uma pesquisa de prevalências de comorbidades, Nock *et al.* (2007), mostraram que de indivíduos com TOD, 92,4% apresentavam critérios para pelo menos um outro transtorno psiquiátrico, como: transtorno de humor (45,8%), transtorno de ansiedade (62,3%), transtorno de controle de impulso (68,2%) e transtorno de uso de substâncias (47,2%). O TOD é um importante fator de risco para o desenvolvimento de transtorno de uso de substâncias secundária. (KENNESON; FUNDERBURK; MAISTO, 2013).

2.4.4 Transtornos de Ansiedade (TA)

Estudos epidemiológicos estimam que a prevalência de Transtornos de Ansiedade (TA) em adolescentes varia entre 10% e 31,9%. (MASI; MUCCI; MILLEPIEDI, 2001; KHALID-KHAN *et al.*, 2007; WATTS; DEEGAN; CAWTHORPE, 2015). A ansiedade é uma emoção normal e muitas vezes importante no desenvolvimento. Para delinear o que é o patológico leva-se em conta o tempo necessário para que se estabeleça o diagnóstico, que é de quatro semanas no DSM-IV, resultando em incapacidade significativa no funcionamento social e ocupacional.

São considerados prevalentes em adolescentes e crianças, estando atrás apenas do TDAH e do TC. (ASBAHR, 2004; VIANNA; CAMPOS; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2009). Pode levar a repercussões negativas na vida da criança, como

a evasão escolar, o absentismo e a ocorrência de distúrbios psiquiátricos na vida adulta. (CASTILLO *et al.*, 2000).

Os distúrbios mais encontrados são a ansiedade de separação, ansiedade generalizada, fobia social, pânico e estresse pós-traumático. A frequência de tabagismo em pacientes com TA é elevada e apresenta associação com Transtorno de Ansiedade Generalizada. (MUNARETTI; TERRA, 2007). As evidências também sugerem que a ansiedade comórbida piora a resposta ao tratamento entre adolescentes usuários de drogas. (DOBKIN *et al.*, 1998; WATTS; DEEGAN; CAWTHORPE, 2015).

Adolescentes que tiveram mais de três TA tiveram uma taxa de transtorno depressivo 3,5 vezes maior e uma taxa de dependência de drogas ilícitas 4 vezes maior do que seus pares sem quaisquer TA. Numerosos outros estudos (BITTNER *et al.*, 2004) relataram que o ataque de pânico geralmente tem seu início na adolescência e é um preditor de transtorno depressivo maior e vários outros distúrbios, tais como TUS. (WATTS; DEEGAN; CAWTHORPE, 2015).

Na adolescência, o consumo de *cannabis* é geralmente uma experiência realizada em grupos ou pares. Os adolescentes que sofrem altos níveis de ansiedade social são pouco funcionais socialmente, e são menos propensos a se envolver em grupos, onde pode ser promovido iniciação de *cannabis*. Portanto, a ansiedade social foi um preditor negativo para risco de iniciação de uso de *cannabis* e poderia, portanto, ser considerado como um fator de proteção. (SCHMITS; MATHYS; QUERTEMONT, 2015).

2.4.5 Transtorno Depressivo Maior (TDM)

Uma metanálise com estudos epidemiológicos de vários países mostrou prevalência pontual de 5,7% para depressão em adolescentes. (COSTELLO; ERKANLI; ANGOLD, 2006).

Estudos epidemiológicos demonstram aumento progressivo das manifestações depressivas entre os jovens nas últimas décadas, tornando os estudos sobre esse tema um dos principais interesses dos pesquisadores. As pesquisas neste campo têm sido direcionadas para examinar a epidemiologia, as causas, curso, sequelas e respostas aos tratamentos. O desenvolvimento psicopatológico do TDM deve ser compreendido dentro dos componentes biológicos, psicológicos e sociais e nas

implicações para a prevenção e a intervenção. (MERIKANGAS *et al.*, 1998; SLOBODA, 2005; BRADLEY; BAGNELL; BRANNEN, 2010).

O TDM se constitui em uma patologia com alta e crescente prevalência na população. As evidências também sugerem que a depressão comórbida piora a resposta ao tratamento entre adolescentes usuários de drogas. (DOBKIN *et al.*, 1998). Um estudo longitudinal, realizado com 428 sujeitos, indicou associação entre o uso de maconha e sintomas depressivos em adolescentes. (OTTEN *et al.*, 2010).

O tratamento da depressão em adolescentes com terapia cognitiva comportamental e farmacoterapia pode reduzir significativamente a taxa de TUS subsequente. (CURRY *et al.*, 2012).

Achados sugerem que, na presença de TC em adolescentes deprimidos, os sintomas afetivos podem passar despercebidos; portanto, sendo subdiagnosticada a depressão nesses casos. (HERON *et al.*, 2013).

2.4.6 Transtorno Afetivo Bipolar (TAB)

Segundo estudo realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Mental nos Estados Unidos, houve um aumento significativo no diagnóstico de TAB em crianças e adolescentes nos últimos 10 anos, mostrando que poucos médicos consideravam esse diagnóstico. (BLADER; CARLSON, 2007).

Há aumento do risco de TUS secundário em indivíduos de 13 a 18 anos, com diagnóstico de TAB. E a associação de TUS e TAB aumenta os riscos de suicídio. (KENNESON; FUNDERBURK; MAISTO, 2013).

A dependência de substâncias em adolescentes com TAB está associada a problemas legais, dificuldades acadêmicas, gravidez não planejada e suicidabilidade. (GOLDSTEIN, 2010). TUS é uma comorbidade comum durante o início do curso do TAB, mesmo antes do primeiro episódio do transtorno. (DUFFY *et al.*, 2012).

Acredita-se que a ocorrência de TAB comórbido com TDAH seja de 11 a 75%, com TOD de 46 a 75%, com TC de 5,6 a 37%, com TA de 12 a 56% e com abuso de substância de 0 a 40%. (AXELSON *et al.*, 2006).

O uso de maconha também apresenta implicações clínicas negativas em pacientes com TAB. Os sintomas psicóticos frequentemente associados aos episódios de humor do TAB podem ser agravados pelo uso dessa substância, bem como a psicopatologia do TAB pode piorar os efeitos "esperados" pelo uso da maconha. Em

um estudo observacional que avaliou por um ano mais de três mil indivíduos com TAB inicialmente em mania, encontraram piores desfechos clínicos e sociais nos pacientes que usaram qualquer quantidade de maconha durante o seguimento, além de menor adesão ao tratamento. Os usuários apresentaram maior gravidade do quadro maníaco e dos sintomas psicóticos, bem como maiores taxas de uso de álcool e outras substâncias. (VAN ROSSUM; BOOMSMA; TENBACK, 2009).

2.4.7 Psicose

A prevalência de esquizofrenia na infância e adolescência é cerca de 1%. Estima-se que entre 0,1 e 1% dos casos de esquizofrenia tenham iniciado antes dos 10 anos de idade, e aproximadamente 4% antes dos 15 anos. (TENGAN; MAIA, 2004) Indivíduos com esquizofrenia possuem altas taxas de uso de substâncias, como: álcool, tabaco e maconha. (ADDY *et al.*, 2012; CARNEY *et al.*, 2016) Neste estudo, Tien e Anthony (1990), mostrou que depois de controlado o uso de cocaína e álcool, duplicava o risco de psicose em usuários de maconha.

Em uma metanálise foi encontrado que o uso pesado e frequente de maconha aumenta o risco de psicose. (MARCONI *et al.*, 2016) Em outra metanálise foi encontrada relação dose-resposta entre uso pesado de maconha e transição para psicose em indivíduos com sintomas prodrômicos da esquizofrenia. (KRAAN *et al.*, 2015) Em um estudo que avaliou dados sobre o grau de exposição à *cannabis*, encontrou que a potência da *cannabis* interfere na magnitude de risco para a psicose. (DI FORTI *et al.*, 2009) Em um estudo que avaliou 247 pacientes em primeiro episódio psicótico, mostrou que o aumento progressivo do uso de maconha elevaram as taxas de início de psicose. (KELLEY *et al.*, 2016).

Em um estudo com 99 adolescentes, de 14 a 18 anos de idade, avaliados em um programa de tratamento para primeiro episódio psicótico, mostrou que a prevalência de uso de maconha ao longo da vida foi de 65,7%. Comparado com o grupo sem uso de maconha, apresentou maior gravidade do transtorno, pior funcionamento psicossocial, menor *insight*, pior funcionamento pré-mórbido e maior duração da psicose não tratada. (SCHIMMELMANN *et al.*, 2012).

Em um estudo naturalístico, multicêntrico, com 1119 indivíduos com esquizofrenia, mostrou que o grupo com uso de substâncias apresentava psicose com idade de início em torno de 3 anos mais cedo que o grupo sem uso de

substâncias. Foi encontrado também que a substância mais associada à idade de início de psicose 3 anos mais cedo foi a maconha. Gênero e história familiar de psicose não influenciaram nos resultados. (HELLE *et al.*, 2016).

Em um estudo com 625 pacientes com primeiro episódio psicótico, de 14 a 29 anos, mostrou que em torno de 75% eram usuários de maconha. O uso de maconha se iniciou antes do episódio psicótico em 87,6% dos pacientes. Também foi encontrado que o uso de maconha aos 14 anos de idade ou antes estava associado ao surgimento mais cedo do início da psicose. (SCHIMMELMANN *et al.*, 2011).

Alguns indivíduos são mais vulneráveis aos seus efeitos que os outros, e o grau de exposição a *cannabis* e a idade da primeira utilização pode amplificar os efeitos nocivos da *cannabis*. O adolescente que inicia o consumo de *cannabis* pode ter risco mais elevado de psicose porque o cérebro ainda está em desenvolvimento. (CASADIO *et al.*, 2011)

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, analítico, transversal e prospectivo.

3.2 HIPÓTESE DE ESTUDO

Considerando a natureza associativa dos estudos transversais, comorbidades psiquiátricas foi posicionada como variável dependente e o TUS como variável independente, construindo assim as hipóteses do estudo:

H0: O uso de substâncias não está associado a maior prevalência de comorbidades psiquiátricas.

H1: A prevalência de comorbidades psiquiátricas é maior entre os adolescentes usuários de substâncias.

3.3 LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO

O estudo foi conduzido no Hospital San Julian, localizado em Piraquara, região metropolitana de Curitiba. O hospital é especializado para o tratamento de adolescentes e adultos com TUS. Trabalha integrado no Sistema Único de Saúde (SUS), em consonância com os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), ambulatórios e comunidades terapêutica. Possui equipe terapêutica multidisciplinar com médicos psiquiatras e clínicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, professores de educação física, farmacêuticas, pedagoga, musicoterapeuta, nutricionista e equipe de enfermagem.

Na pesquisa somente foram avaliados adolescentes de Curitiba e região metropolitana.

No funcionamento normal do local, os jovens chegam ao hospital, trazidos pelos pais ou outros familiares e o primeiro atendimento é realizado pelo médico psiquiatra e pelos técnicos de plantão (Assistentes Sociais e Psicólogos). Também é feita uma avaliação médica geral e, se necessário, o adolescente é atendido por uma enfermeira. Neste momento preenchem uma ficha com os dados pessoais do adolescente (endereço, telefone, responsáveis por ele etc.).

A pesquisa teve a duração de 12 meses, ocorreu entre os meses de junho de 2014 a julho de 2015.

3.4 POPULAÇÃO FONTE

O Hospital San Julian, localizado em Piraquara, região metropolitana de Curitiba, possui 300 leitos para pacientes do sexo masculino com TUS, sendo que destes apenas 30 leitos são destinados a adolescentes. A cada mês possui uma média de 20 novas internações de adolescentes, em um total de aproximadamente 240 adolescentes no período de coleta, que constituíram a população fonte.

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Adolescentes entre 12 a 17 anos e 11 meses;
- Sexo masculino;
- Diagnóstico de transtorno de uso de substâncias;
- Aptos física e mentalmente a participar de entrevistas;
- Aqueles que aceitaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Assentimento Informado Livre e Esclarecido.

3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- o sujeito ou familiares que ofereceram respostas não confiáveis ou incompletas;
- pacientes que retiraram os termos ou desistiram da pesquisa.

3.7 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Após os critérios de inclusão e exclusão, foi retirada a amostra de 35 indivíduos.

3.8 AMOSTRA E TÉCNICAS DE AMOSTRAGEM

A amostra foi extraída de forma não probabilística por conveniência e sistematizada.

Os adolescentes e seus familiares que participaram da pesquisa foram recrutados nos dias de visita, de acordo com a disponibilidade do pesquisador. O recrutamento para a entrevista com o pesquisador foi feito respeitando a ordem de chegada dos familiares.

3.9 VARIÁVEIS DE ESTUDO

A avaliação clínica foi feita com a Anamnese Psiquiátrica – anamnese padrão utilizada no Ambulatório de Psiquiatria da Infância e Adolescência – CENEP-HC-UFPR. Esta anamnese foi elaborada por meio da coletânea das anamneses utilizadas nos serviços de Residência e atendimento em Psiquiatria da Infância e Adolescência, de Ribeirão Preto e na Universidade de São Paulo (USP). A anamnese consta de: 1. Antecedentes Pessoais: gravidez e intercorrências, parto, desenvolvimento neuropsicomotor e antecedentes patológicos; 2. Hábitos; 3. Conduta Pré-Mórbida; 4. Escolaridade; 5. Sexualidade; 6. Árvore Genealógica; 7. Antecedentes Familiares; 8. Estudo Familiar; 9. Exame Psíquico. (Apêndice).

A avaliação diagnóstica foi feita com o instrumento K-SADS PL, a versão brasileira do *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children*, que tem como referência o DSM-III-R e o DSM-IV. O K-SADS PL foi criado para avaliação de crianças e adolescentes de 6 a 18 anos, para caracterização de abuso ou dependência no TUS, bem como para rastreamento de outras condições mentais importantes na infância – as comorbidades. Este instrumento foi adaptado da K-SADS-P (Versão de Episódio Presente) pela Dra. Kaufman e colaboradores em outubro de 1996 e traduzido para o português em junho de 2003, pela Dra. Heloisa Helena Brasil. É um instrumento reconhecido, validado e utilizado por pesquisadores em vários países, para pesquisas na área da Psiquiatria da Infância e Adolescência.

Esta entrevista diagnóstica semiestruturada foi projetada para obter pontuação de gravidade de sintomatologia e avaliar a história de transtorno psiquiátrico no momento presente e ao longo da vida. Perguntas e critérios objetivos são fornecidos para pontuar cada um dos sintomas. Os diagnósticos principais avaliados pelo K-SADS-PL são: Depressão Maior, Distímia, Mania, Hipomania, Ciclotímia, Transtornos Bipolares, Transtorno Esquizoafetivo, Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Psicose Reativa Breve, Transtorno de Pânico, Agorafobia, Transtorno de Ansiedade de Separação, Transtorno de Evitação na Infância e Adolescência, Fobias Simples,

Fobia Social, Transtorno de Ansiedade Generalizada e/ou de Ansiedade Excessiva, Transtorno Obsessivo Compulsivo, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno de Oposição Desafiante, Transtorno de Conduta, Enurese, Encoprese, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Transtorno Transitório de Tique, Transtorno de Tourette, Transtorno de Tique Vocal ou Motor Crônico, Abuso de Álcool, Abuso de Substâncias, Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Transtorno de Ajustamento.

O conceito de abuso de substâncias foi definido pelos critérios do DSM-IV como uma ou mais das seguintes características: a) uso continuado apesar das consequências ocupacionais (escola/trabalho) ou sociais recorrentes devido ao uso ou exacerbado por ele; b) uso recorrente em situações fisicamente perigosas; c) problemas legais recorrentes; d) uso recorrente de droga quando o esperado é que cumprisse suas principais obrigações; e) ocorrendo nos últimos 12 meses.

O conceito de dependência de substâncias foi definido pelos critérios do DSM-IV como três ou mais dos seguintes sintomas ocorrendo em algum momento durante um mesmo período, nos últimos 12 meses: a) uso maior do que o planejado; b) uso continuado apesar de problemas físicos, psicológicos, sociais recorrentes ou comportamento de risco; c) atividades sociais, ocupacionais ou recreacionais importantes não realizadas ou reduzidas por abuso de drogas; d) tempo de consumo; e) tolerância (aumento de 50% ou mais do uso da substância para atingir o efeito ou intoxicação desejada); f) esforços malsucedidos para interromper ou controlar o consumo de droga; g) apresentou sintomas de abstinência; h) ou uso de drogas para aliviar os sintomas de abstinência.

Os efeitos negativos para o adolescente foram avaliados pelos comportamentos de risco, consequências psicológicas, ocupacionais, sociais e legais negativas, segundo o questionário K-SADS.

O comportamento de risco foi avaliado questionando o adolescente se ele chegou a fazer coisas perigosas ou que normalmente não faria, sob efeito de uma das drogas. Ocorrendo em duas ou mais ocasiões o adolescente era pontuado para este item. As consequências negativas psicológicas foram pontuadas quando o adolescente afirmava alteração do humor, choro e irritabilidade fácil pelo uso de drogas em duas ou mais ocasiões. O prejuízo ocupacional foi evidenciado quando o adolescente apresentava problemas na escola (faltas às aulas, baixo rendimento em provas), prejuízo nos estudos ou no trabalho por causa do uso de drogas em duas ou mais ocasiões. Consequências negativas sociais foram evidenciadas se por

causa de drogas o adolescente afirmava ter perdido amigos, brigado com familiares, afastado pessoas e causado problemas de relacionamentos diversos em duas ou mais ocasiões. E por último, no item que avaliava as consequências negativas legais, os adolescentes respondiam se tiveram problemas com a polícia, nos últimos seis meses, por causa do uso de drogas em duas ou mais ocasiões.

3.10 PROCEDIMENTOS DE ESTUDO

Os familiares foram recrutados pelo pesquisador logo após receberem orientações dos profissionais de saúde do hospital nos dias de visita, respeitando sempre a ordem de chegada. Inicialmente foi realizada, com os pais, a avaliação clínica psiquiátrica pela Anamnese Psiquiátrica – com objetivo de coletar dados completos sobre possíveis transtornos, estabelecer vínculo com os examinados e identificação do problema principal, seu início e como se desenvolveu até aquele momento.

Em seguida, foi aplicado o K-SADS-PL entrevistando-se um dos pais (ou os dois), posteriormente os adolescentes também passaram pela aplicação do mesmo instrumento, pelo mesmo pesquisador. A partir dessas informações, o entrevistador precisou usar seu julgamento clínico para garantir a correta avaliação das respostas tendo como base duas fontes de informações, muitas vezes divergentes e discernir sobre a pontuação conclusiva, segundo critérios dos autores do instrumento.

A aplicação da K-SADS-PL requer: 1) uma Entrevista Introdutória não estruturada (no caso da pesquisa foi a anamnese psiquiátrica); 2) uma Entrevista de Rastreamento para Diagnóstico; 3) a Lista de Checagem de Suplementos a serem Completados; 4) os Suplementos Diagnósticos Adequados; 5) a Folha de Resumo dos Diagnósticos. De início, a K-SADS-PL é completado com cada informante separadamente.

A aplicação deste instrumento foi realizada em consultórios médicos situados dentro do hospital somente pelo pesquisador. Em todo o momento da aplicação foi respeitado o sigilo e a individualidade do adolescente.

Na aplicação da entrevista foi necessário um bom treinamento do entrevistador para que as informações obtidas fossem confiáveis. O aplicador recebeu treinamento para a utilização do instrumento pelo seu orientador.

No emprego da K-SADS-PL é importante enfatizar a necessidade de um amplo conhecimento sobre o desenvolvimento emocional da criança, sobre os fenômenos

psicopatológicos na infância e adolescência, sobre a influência do contexto familiar e sociocultural nas manifestações sintomáticas e sobre a credibilidade das fontes de informações. Para a pontuação dos itens, é importante o domínio do conteúdo do instrumento tendo como referência os critérios do DSM-IV. (BRASIL, 2005).

3.11 TABULAÇÃO E GERENCIAMENTO DE DADOS

Todos os dados dos pacientes que constituíram o grupo de estudo foram coletados e registrados de forma anônima, exclusivamente pelo pesquisador, que mantém também a guarda exclusiva dos dados. Posteriormente foram digitados em planilha eletrônica, conferidos e exportados para o *software* de estatística *Statistic* (Stasoft), propriedade do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente.

3.12 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As medidas de tendência central e de dispersão estão expressas em médias e desvio padrão (média \pm DP) para as variáveis contínuas de distribuição simétrica e em medianas, valores mínimo e máximo (mediana, mínimo – máximo) para as de distribuição assimétrica.

A estimativa da diferença de variáveis contínuas de distribuição normal foi realizada pelo teste paramétrico, teste t de *Student*.

A estimativa de diferença entre variáveis categóricas foi realizada pelos testes exato de Fisher, qui-quadrado de Pearson, qui-quadrado de Pearson com correção de Yates e qui-quadrado para tendências lineares.

Na análise dos casos de risco de comorbidade foi estimada razão de chance ou Odds Ratio com o respectivo intervalo de confiança de 95%.

O modelo de Regressão Logística Multivariada *forward stepwise* foi aplicado para identificar quais as principais variáveis associadas ao risco das diferentes comorbidades.

Para todos os testes foi considerado um nível mínimo de significância de 5% e a amostra estudada confere poder de teste mínimo de 90%.

3.13 ÉTICA EM PESQUISA

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos (HC-UFPR): CAAE: 03238012.2.0000.0096 e Registro CEP: 65157 de 01/8/12.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) foi assinado pelo responsável legal e o de Assentimento assinado pelos adolescente (Anexo 2), após esclarecimento da pesquisa.

3.14 MONITORAÇÃO DA PESQUISA

O presente estudo passou pela aprovação do Comitê de Ética da UFPR e tomou todos os cuidados necessários para a proteção dos participantes e pesquisadores. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Assentimento, onde ficaram explicadas a proposta e as condições do estudo.

Foi uma pesquisa que não apresentou risco para os adolescentes avaliados, pois as avaliações realizadas foram somente entrevistas.

O adolescente e seus familiares receberam os resultados das avaliações realizadas. Posteriormente foram orientados e encaminhados para os tratamentos quando necessários.

Foi assegurado para o adolescente, assim como para seus familiares, que as informações obtidas são confidenciais. Foi assegurado que o adolescente receberia uma cópia do Termo de Assentimento Livre e Informado, assim como seus familiares uma cópia do Termo de Consentimento.

3.15 FOMENTO PARA A PESQUISA, PROFISSIONAIS E SERVIÇOS ENVOLVIDOS

Os recursos para a pesquisa foram arcados pelos próprio pesquisador. Foram pagos os materiais gráficos (fotocópias para os termos de consentimento e assentimento pós-informação, anamnese psiquiátrica e a entrevista diagnóstica K-SADS-PL).

A pesquisa contou com o apoio do hospital San Julian e toda a sua equipe de profissionais, com a disponibilidade de salas e consultórios médicos para a realização das entrevistas e fornecimento das agendas de atividades dos familiares e adolescentes internados.

A pesquisa contou com o fomento por meio de bolsa concedida ao pesquisador pela UFPR.

4 RESULTADOS

Constituíram a amostra deste estudo 35 adolescentes, todos do sexo masculino, com média de idade de 15,6 + 1,3 anos, variando de 13 a 17 anos (IC 95% = 15,2 - 16,1).

As características da amostra estão apresentadas na tabela 1. Em 74,3% dos casos o nível de escolaridade era de ensino fundamental final, abandono escolar foi registrado em 18 casos (51,4%) em sua maioria há mais de 1 ano. Repetência escolar foi observada em 32 casos (91,4%), em sua maioria por 2 ou 3 anos. A escolaridade materna e paterna mais frequente foi a de ensino fundamental e a maioria dos pais estavam empregados. Vinte e cinco (71,4%) adolescentes tinham pais separados e destes 19 (76,0%) referiram morar com a mãe. Os demais com o pai, tios ou avós.

TABELA 1 - CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

CARACTERÍSTICAS	MÉDIA ± DP	
	n	%
Sexo (M)	35	100,0
Idade (anos)		15,6 ± 1,3
Nível de escolaridade		
Ensino Fundamental Inicial	6	17,1
Ensino Fundamental Final	26	74,3
Ensino Médio	3	8,6
Abandono escolar	18	51,4
1 a 6m	5	27,8
7 – 12m	3	16,7
1 – 2a	2	11,1
2 – 3a	6	33,3
> 3a	2	11,1
Repetência escolar	32	91,4
1 ano	10	31,2
2 anos	13	40,6
3 anos	9	28,1
Escolaridade Materna		
Ensino Fundamental Inicial	14	40,0
Ensino Fundamental Final	10	28,6
Ensino Médio	11	31,4
Escolaridade Paterna		
Ensino Fundamental Inicial	12	34,3
Ensino Fundamental Final	13	37,1
Ensino Médio	10	28,6
Emprego		
Mãe	28	80,0
Pai	26	74,3
Pais separados	25	71,4
Com quem vive o adolescente		
Mãe	19	73,1
Pai	4	15,4
Avós	1	3,8
Tios	2	7,7

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Desvio Padrão (DP)

Maconha (94,2%) e Crack (40,0%) foram as principais substâncias utilizadas pelos adolescentes, 25 deles (71,4%) dependência. Dos usuários de Maconha, 9 (27,3%) abuso e 24 (72,7%) dependência (Tabela 2).

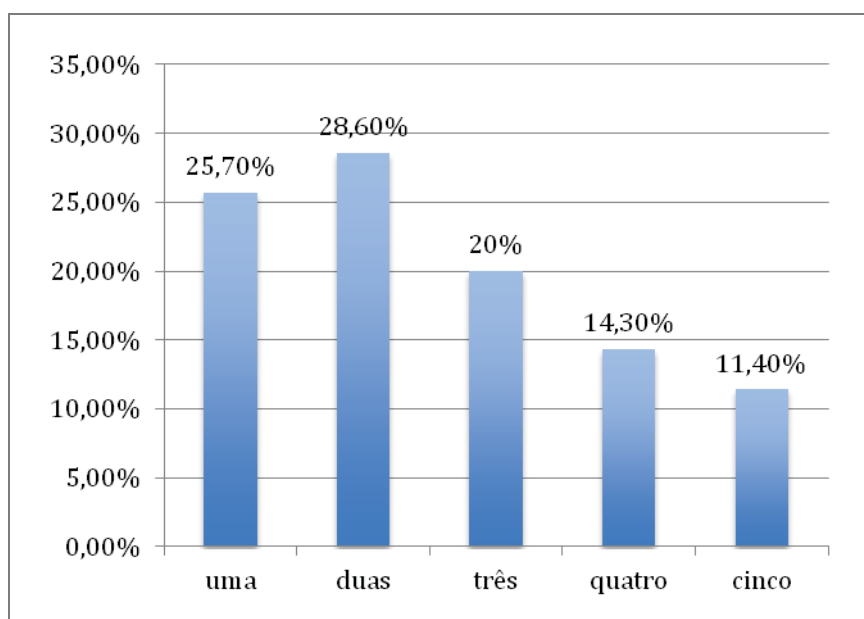
TABELA 2 - FREQUÊNCIA DE TRANSTORNO DO USO DE SUBSTÂNCIAS NOS ADOLESCENTES

SUBSTÂNCIAS	FREQUÊNCIA	
	n	%
Maconha	33	94,3
Abuso	9	27,3
Dependência	24	72,7
Crack/Cocaína	19	54,3
Abuso	11	57,9
Dependência	8	42,1
Álcool	13	37,1
Abuso	9	69,2
Dependência	4	30,8
Tabaco	13	37,1
Solvente	5	14,2
Abuso	4	
Dependência	1	

FONTE: O autor (2016).

Nove adolescentes (25,7%) utilizavam uma droga, 10 (28,6%) duas, 7 (20,0%) três, 5 (14,3%) quatro e 4 (11,4%) cinco drogas (Gráfico 1).

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA NO NÚMERO DE DROGAS UTILIZADAS PELOS ADOLESCENTES



FONTE: O autor (2016).

Na tabela 3 estão apresentadas as associações encontradas em relação ao uso de substâncias. Entre os usuários de Maconha, 18 (54,5%) utilizavam também Crack/Cocaína. Entre os usuários de Crack/Cocaína, 18 (94,7%) também utilizavam Maconha. Entre os usuários de Álcool (13), todos usavam Maconha e entre os 13 usuários de Tabaco todos usavam Maconha, 10 usavam Crack/Cocaína (76,9%) e 8 (61,5%) também utilizavam Álcool. Uso exclusivo de Maconha foi observado em 10 casos (28,6%) (5 abuso e 5 dependência), de Crack e de Solvente em apenas 1 caso (2,8%). Uso exclusivo de Cocaína e Álcool não foi observado (Tabela 3).

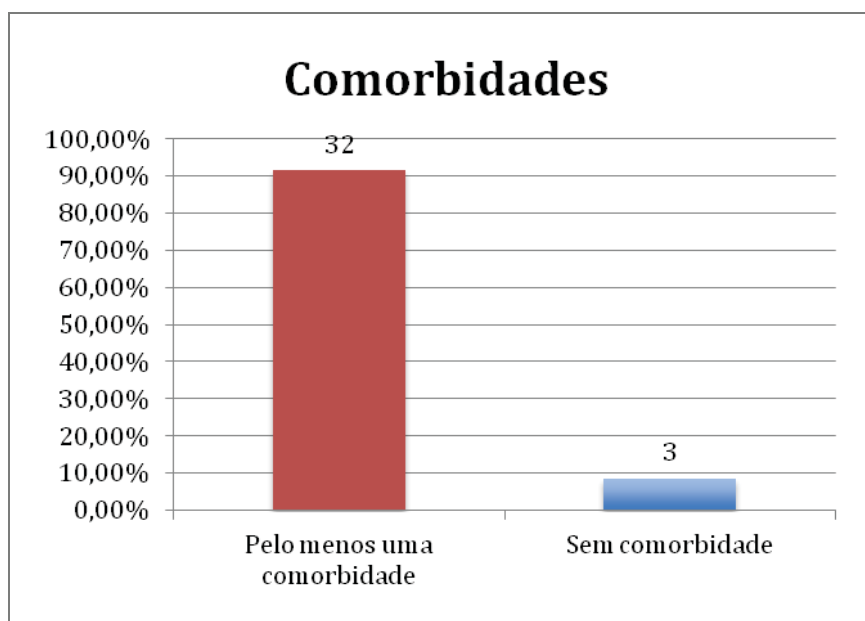
TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DO USO ASSOCIADO DE SUBSTÂNCIAS

SUBSTÂNCIAS	SUBSTÂNCIAS										Total
	Maconha		Crack/Cocaína		Álcool		Tabaco		Solvente		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Maconha	-	-	18	54,5	13	39,4	13	39,4	1	3,0	33
Crack/Cocaína	18	94,7	-	-	8	42,1	10	52,6	2	10,5	19
Álcool	13	100,0	8	61,5	-	-	8	61,5	2	15,4	13
Tabaco	13	100,0	10	76,9	8	61,5	-	-	2	15,4	13
Solvente	4	80,0	2	40,0	2	40,0	2	40,0	-	-	5

FONTE: O autor (2016).

A prevalência de comorbidades psiquiátricas nos adolescentes com TUS foi de 91,4% (Gráfico 2).

GRÁFICO 2 - PRESENÇA DE COMORBIDADES NOS ADOLESCENTES COM TUS



FONTE: O autor (2016).

As comorbidades mais frequentemente observadas entre os adolescentes foram o Transtorno de Conduta (57,1%), TDHA (48,6%) e TOD (40,0%) (Tabela 4).

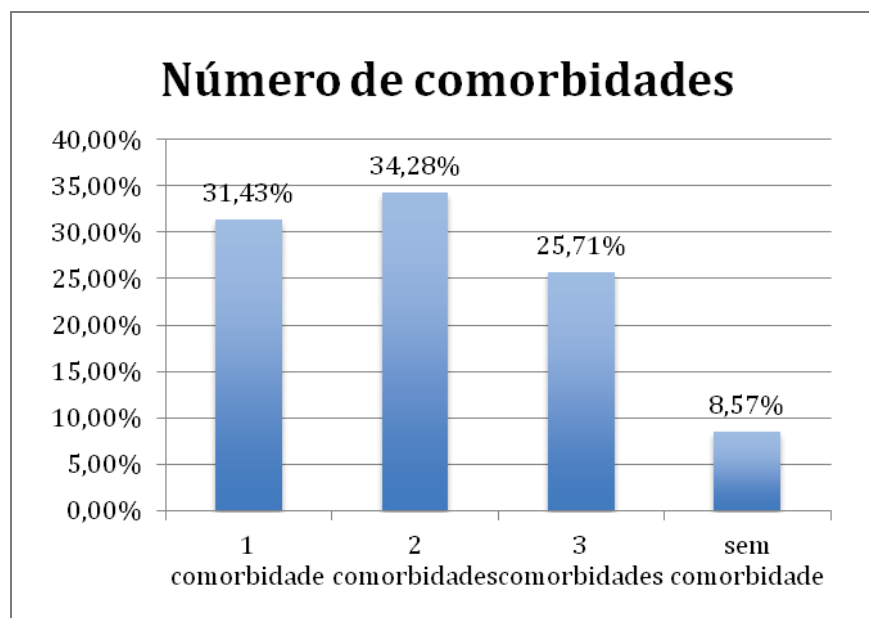
TABELA 4 - FREQUÊNCIA DE COMORBIDADES EM ADOLESCENTES COM USO DE SUBSTÂNCIAS

COMORBIDADES	FREQUÊNCIA	
	n	%
TDHA	17	48,6
Combinado	11	64,7
Hiperativo	5	29,4
Desatento	1	5,9
TOD	14	40,0
T. Conduta	20	57,1
Infância	11	55,0
Adolescência	9	45,0
T. Depressivo	3	8,6
Mania	2	5,7
T. Psicótico	3	8,6
T. Ansiedade	3	8,6

FONTE: O autor (2016).

Três adolescentes (8,6%) não apresentaram nenhuma comorbidade, 11 (31,4%) uma, 12 (34,3%) duas comorbidades e 9 (25,7%) três comorbidades (Gráfico 3).

GRÁFICO 3 - NÚMERO DE COMORBIDADES



FONTE: O autor (2016).

Na tabela 5 estão apresentadas as associações de comorbidades registradas. TDHA, Transtorno de Conduta e Opositivo Desafiador ocorreram frequentemente de forma associada.

TABELA 5 - ASSOCIAÇÃO ENTRE AS COMORBIDADES OBSERVADAS

COMORBIDADES	TDHA		TOD		TC		TD		MANIA		TP		TA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
TDHA	-	-	9	52,9	12	70,6	1	5,9	0	0,0	1	5,9	1	5,9	17	48,6
TOD	9	64,3	-	-	11	78,6	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0	14	40,0
TC	12	60,0	11	55,0	-	-	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	20	57,1
TD	1		0		0		---		0		0		2		3	8,6
MANIA	0		1		1		0		---		0		0		2	5,7
TP	1		0		0		0		0		---		0		3	8,6
TA	1		0		0		2		0		0		---		3	8,6

FONTE: O autor (2016).

O uso de substâncias esteve associado a efeitos negativos sobre a vida dos adolescentes, com efeitos negativos principalmente nas áreas ocupacional, social e psicológica. Os efeitos foram vistos predominantemente com uso do tipo dependência, principalmente de maconha e crack/cocaína (Tabela 6).

TABELA 6 - EFEITOS NEGATIVOS DAS SUBSTÂNCIAS

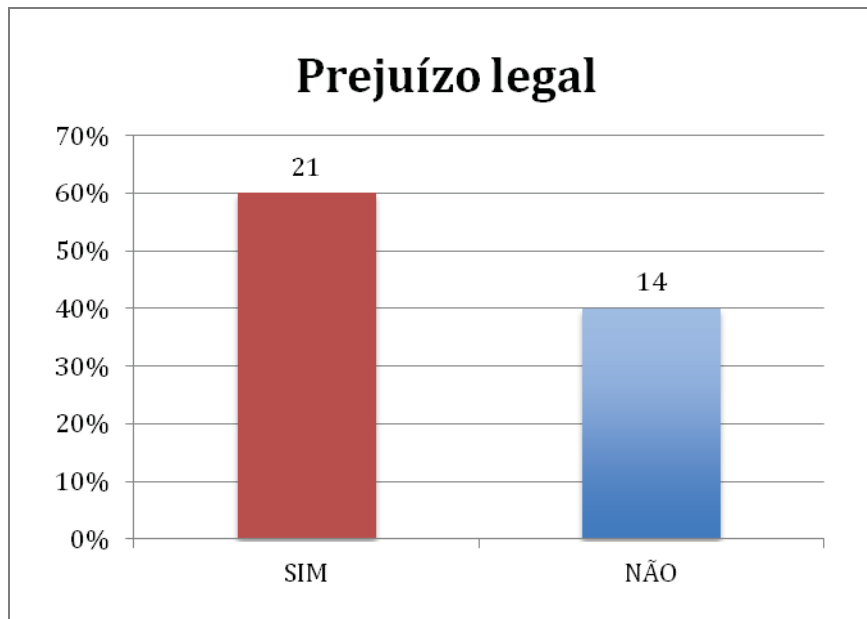
SUBSTÂNCIAS	COMP (n=22)		PSICOL (n=27)		OCUPAC (n=32)		SOCIAL (n=30)		LEGAL (n=21)		TOTAL (n=35)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Maconha	19	57,6	25	75,7	31	93,9	29	87,9	19	57,6	33
Abuso	0	0,0	4	16,0	9	29,0	7	24,1	2	10,5	
Dependência	19	100,0	21	84,0	22	71,0	22	75,9	17	89,5	
Crack/Cocaína	12	63,1	13	68,4	14	73,7	14	73,7	10	52,6	19
Abuso	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Dependência	12	100,0	13	100,0	14	100,0	14	100,0	10	100,0	
Álcool	5	38,5	8	61,5	9	69,2	9	69,2	4	30,8	13
Abuso	2		4		5		5		1		
Dependência	3		4		4		4		3		

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Comportamento de risco (COMP); prejuízo psicológico (PSICOL); prejuízo ocupacional (OCUPAC); prejuízo social (SOCIAL); prejuízo legal (LEGAL).

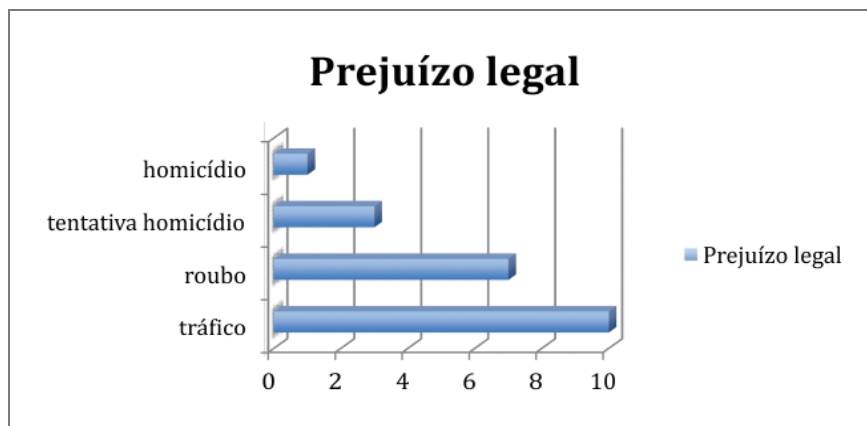
Vinte e um adolescentes (60%) tiveram problemas com a polícia (Gráfico 4). Destes, (47,6%, n=10) por tráfico e porte de drogas, 7 (33,3%) por roubo, 3 (14,3%) por tentativa de homicídio e 1 (4,8%) por homicídio (Gráfico 5).

GRÁFICO 4- PREVALÊNCIA DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI



FONTE: O autor (2016).

GRÁFICO 5- DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DOS PREJUÍZOS DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI



FONTE: O autor (2016).

A maconha (94,2%) foi a droga mais utilizada pelos adolescentes. As características da amostra desta população estão apresentadas na tabela 7.

TABELA 7 - CARACTERÍSTICAS DOS USUÁRIOS DE MACONHA

CARACTERÍSTICAS	MÉDIA \pm DP	
	n	%
Sexo (M)	33	100,0
Idade (anos)		15,6 \pm 1,3
Nível de escolaridade		
Ensino Fundamental Inicial	6	18,2
Ensino Fundamental Final	24	72,7
Ensino Médio	3	9,1
Abandono escolar	17	51,5
1 a 6m	5	29,4
7 – 12m	3	17,6
1 – 2a	2	11,8
2 – 3a	5	29,4
> 3a	2	11,8
Repetência escolar	30	90,1
1 ano	10	33,3
2 anos	11	36,7
3 anos	9	30,0
Escolaridade Materna		
Ensino Fundamental Inicial	13	39,4
Ensino Fundamental Final	10	30,3
Ensino Médio	10	30,3
Escolaridade Paterna		
Ensino Fundamental Inicial	10	30,3
Ensino Fundamental Final	13	39,4
Ensino Médio	10	30,3
Emprego		
Mãe	26	78,8
Pai	25	75,7
Pais separados	24	72,7
Com quem vive o adolescente		
Mãe	18	72,0
Pai	4	16,0
Avós	1	4,0
Tios	2	8,0

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Desvio Padrão (DP)

Não houve diferença no prejuízo escolar (abandono ou repetência) entre os adolescentes que usavam maconha isolada ou associada a outras drogas. Também não houve diferença estatística significativa entre os 2 grupos em relação aos prejuízos psicológicos, ocupacionais e sociais. Houve associação entre os adolescentes em uso de maconha associada a outras drogas e comportamentos de risco e prejuízos legais (Tabela 8).

TABELA 8 - CARACTERÍSTICA DOS ADOLESCENTES EM USO DE MACONHA ISOLADA E MACONHA ASSOCIADA A OUTRAS DROGAS

	MACONHA ISOLADA (n=8)	MACONHA ASSOCIADA (n=25)	p
Abandono escolar	3	14	0,47
Repetência escolar	8	22	0,54
Prejuízos			
Comportamento de risco	2	19	0,01
Psicológico	5	20	0,66
Ocupacional	7	23	1
Social	6	23	0,12
Legal	2	18	0,05

FONTE: O autor (2016).

Não se observou predomínio de nenhuma comorbidade associada com o abuso ou dependência de substâncias (Tabela 9).

TABELA 9 - GRAVIDADE DO TRANSTORNO DE USO DE SUBSTÂNCIAS E COMORBIDADES

COMORBIDADES	ABUSO (n=10)		DEPENDÊNCIA (n=25)		p
	n	%	n	%	
THDA	5	50,0	12	48,0	1,00
Combinado	2	40,0	9	75,0	0,28
Hiperativo	2	40,0	3	25,0	0,60
TOD	2	20,0	12	48,0	0,25
TC	4	40,0	16	64,0	0,26
Infância	2	50,0	9	56,2	1,00
Adolescência	2	50,0	7	43,7	1,00
TD	0	0,0	3	12,0	0,54
MANIA	0	0,0	2	8,0	1,00
TP	0	0,0	3	12,0	0,54
TA	1	10,0	2	8,0	1,00

FONTE: O autor (2016).

Entretanto, a dependência de substância esteve associada ao maior número de comorbidades, enquanto o abuso à menor número (Tabela 10).

TABELA 10 - ASSOCIAÇÃO ENTRE A GRAVIDADE DO TRANSTORNO DO USO DE SUBSTÂNCIAS E NÚMERO DE COMORBIDADES

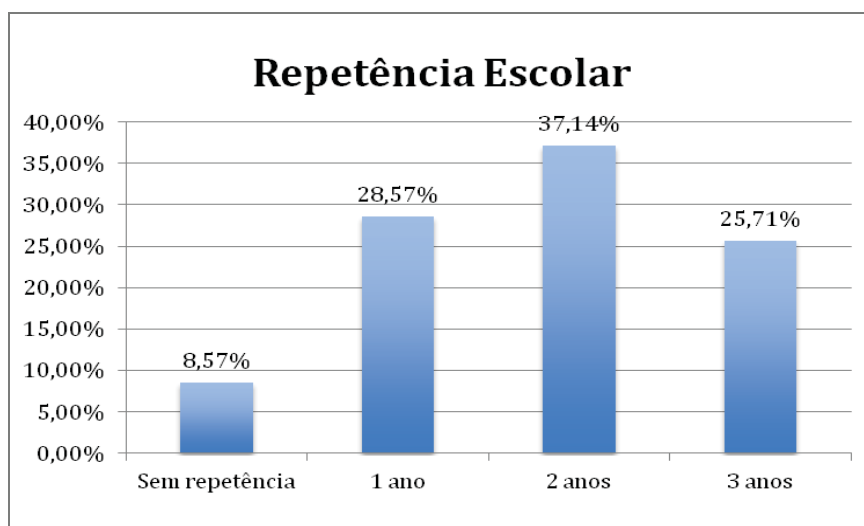
GRAVIDADE DO TUS	NÚMERO DE COMORBIDADES							
	0		1		2		3	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Abuso (n=10)	2	20,0	5	50,0	2	20,0	1	10,0
Dependência (n=25)	1	4,0	6	24,0	10	40,0	8	32,0

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste qui-quadrado para tendências lineares: $p=0,02$.

Três adolescentes (8,6%) não apresentaram repetência escolar, 10 (28,6%) um ano de repetência, 13 (37,14%) dois anos e 9 (25,7%) três anos (Gráfico 6).

GRÁFICO 6 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DA REPETÊNCIA ESCOLAR



FONTE: O autor (2016).

Observou-se associação entre o número de repetências escolares e a frequência de TDHA ($p=0,01$) (Tabela 11). O risco de repetência escolar foi 5,8 vezes maior entre os adolescentes com TDHA ($OR = 5,77$, $IC\ 95\% = 0,98-33,8$).

TABELA 11 - FATORES ASSOCIADOS À REPETÊNCIA ESCOLAR

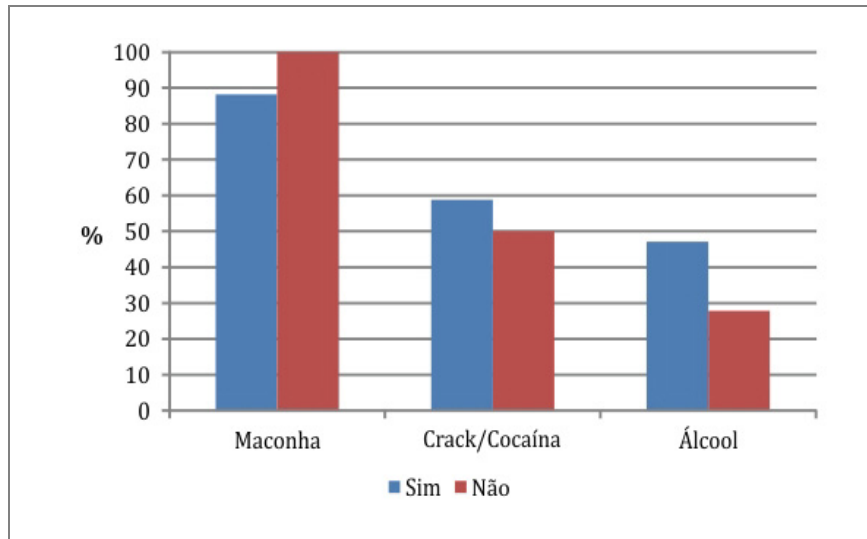
FATORES	REPETÊNCIA ESCOLAR						p
	1 ano (n=10)		2 anos (n=13)		3 anos (n=9)		
	n	%	n	%	n	%	
Pais usuário de substâncias	5	50,0	9	69,2	7	77,8	0,19
Pais separados	7	70,0	10	76,9	7	77,8	0,69
Uso de Substâncias							
Maconha	10	100,0	11	84,6	9	100,0	0,95
Crack/Cocaína	5	50,0	6	46,1	6	66,7	0,48
Álcool	3	30,0	4	30,8	4	44,4	0,51
Comorbidade							
TDHA	2	20,0	6	46,1	7	77,8	0,01
TOD	4	40,0	5	38,5	4	44,4	0,84
TC	5	50,0	8	61,5	6	66,7	0,45

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste Qui-Quadrado para tendências lineares.

Não se observou associação significativa entre TDHA e o tipo de substância (Gráfico 7).

GRÁFICO 7 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DO TIPO DE SUBSTÂNCIA DE ACORDO COM O TDHA



FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste exato de Fisher: Maconha: $p=0,22$; Crack/Cocaína: $p=0,73$; Álcool: $p=0,30$.

Não se observou risco significativo de TDHA associado ao tipo de substância (Tabela 12).

TABELA 12 - RISCO DE TDHA DE ACORDO COM O TIPO DE SUBSTÂNCIA

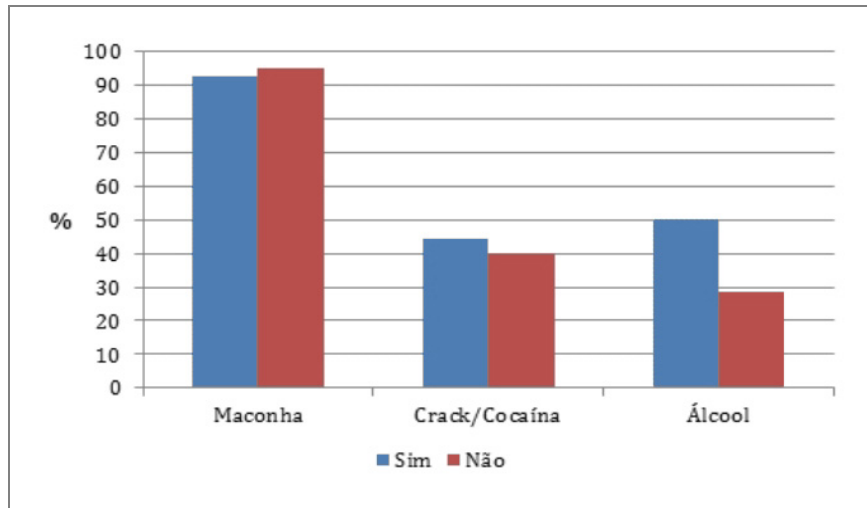
SUBSTÂNCIAS	OR	IC	p
Maconha	3,80	0,35-40,33	0,22
Crack/Cocaína	1,42	0,37-5,43	0,73
Álcool	2,31	0,56-9,40	0,30

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Odds Ratio.

Não se observou associação significativa entre TOD e o tipo de substância (Gráfico 8).

GRÁFICO 8 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DO TIPO DE SUBSTÂNCIA DE ACORDO COM O TOD



FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste exato de Fisher: Maconha: $p=1,00$; Crack/Cocaína: $p=1,0$; Álcool: $p=0,28$.

Não se observou igualmente risco significativo de TOD associado ao tipo de substância (Tabela 13).

TABELA 13 - RISCO DE TOD DE ACORDO COM O TIPO DE SUBSTÂNCIA

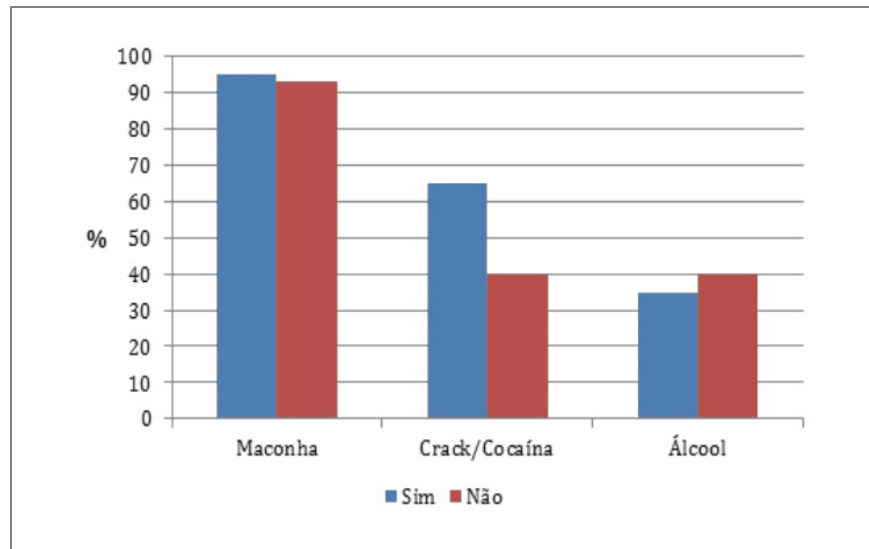
SUBSTÂNCIAS	OR	IC	p
Maconha	1,53	0,08-26,82	1,00
Crack/Cocaína	1,98	0,49-7,93	0,49
Álcool	2,50	0,60-10,26	0,28

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Odds Ratio.

Não se observou associação significativa entre TC e o tipo de substância (Gráfico 9).

GRÁFICO 9 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DO TIPO DE SUBSTÂNCIA DE ACORDO COM O TC



FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste exato de Fisher: Maconha: $p=0,35$; Crack/Cocaína: $p=0,18$; Álcool: $p=0,40$.

Não se observou também risco significativo de TC associado ao tipo de substância (Tabela 14).

TABELA 14 - RISCO DE TC DE ACORDO COM O TIPO DE SUBSTÂNCIA

SUBSTÂNCIAS	OR	IC	p
Maconha	1,35	0,07-23,62	1,00
Crack/Cocaína	2,78	0,69-11,10	0,18
Álcool	1,23	0,31-4,93	1,00

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Odds Ratio.

No modelo de Regressão Logística Multivariada nenhuma variável esteve significativamente associada ao TDHA (Tabela 15).

TABELA 15 - FATORES ASSOCIADOS AO TDHA

FATORES	OR	IC	p
Idade	1,01	0,58-1,76	0,95
Pais separados	1,24	0,19-7,84	0,81
Uso substâncias pais	2,38	0,44-12,66	0,30
Repetência	0,39	0,02-6,35	0,51
Maconha	1,01	0,67-1,87	0,98
Crack/Cocaína	1,32	0,33-9,22	0,67
Álcool	2,24	0,54-9,22	0,15
TOD	2,23	0,50-9,91	0,29
TC	2,33	0,53-10,24	0,26

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Regressão Logística Multivariada.

No modelo de Regressão Logística Multivariada TC foi a única variável que esteve significativamente associada ao TOD (Tabela 16).

TABELA 16 - FATORES ASSOCIADOS AO TOD

FATORES	OR	IC	P
Idade	0,64	0,35-1,14	0,13
Pais separados	0,92	0,15-5,45	0,97
Uso substâncias pais	0,74	0,13-40,4	0,71
Repetência	0,77	0,04-13,32	0,85
Maconha	0,42	0,02-8,17	0,56
Crack/Cocaína	1,85	0,44-7,74	0,39
Álcool	2,59	0,59-11,29	0,20
TDHA	2,14	0,40-11,39	0,19
TC	5,94	1,10-31,95	0,03

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Regressão Logística Multivariada.

No modelo de Regressão Logística Multivariada TOD foi a única variável que esteve significativamente associada ao TC (Tabela 17).

TABELA 17 - FATORES ASSOCIADOS AO TC

FATORES	OR	IC	P
Idade	1,06	0,61-1,84	0,83
Pais separados	0,63	0,10-3,96	0,62
Uso substâncias pais	1,14	0,22-5,91	0,87
Repetência	3,82	0,24-59,37	0,33
Maconha	1,54	0,07-31,61	0,77
Crack/Cocaína	2,92	0,71-11,94	0,13
Álcool	0,67	0,15-2,93	0,59
TDHA	2,48	0,79-20,62	0,24
TC	4,88	1,04-22,84	0,04

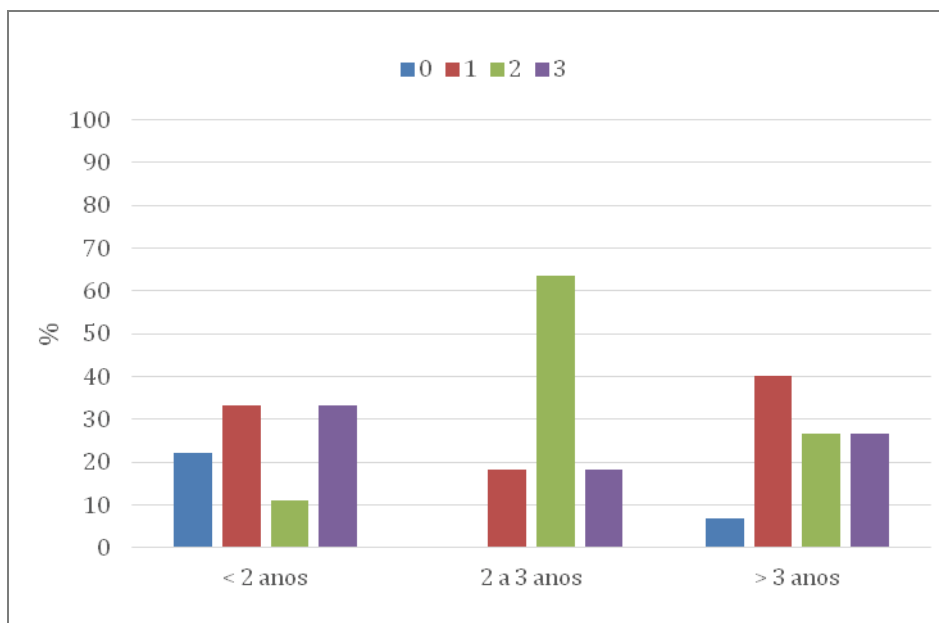
FONTE: O autor (2016).

NOTA: Regressão Logística Multivariada.

No modelo de Regressão Logística a variável significativamente associada com o TDHA foi o uso de drogas por um dos pais [OR = 8,06 (IC 95% = 1,30-49,91)]. Para as outras comorbidades nenhuma das variáveis estudadas foi selecionada como significativa.

Não houve associação entre o tempo de uso de substâncias e o número de comorbidades (Gráfico 10).

GRÁFICO 10 - GRÁFICO 10 - TEMPO DE USO DE SUBSTÂNCIAS NÚMERO DE COMORBIDADES

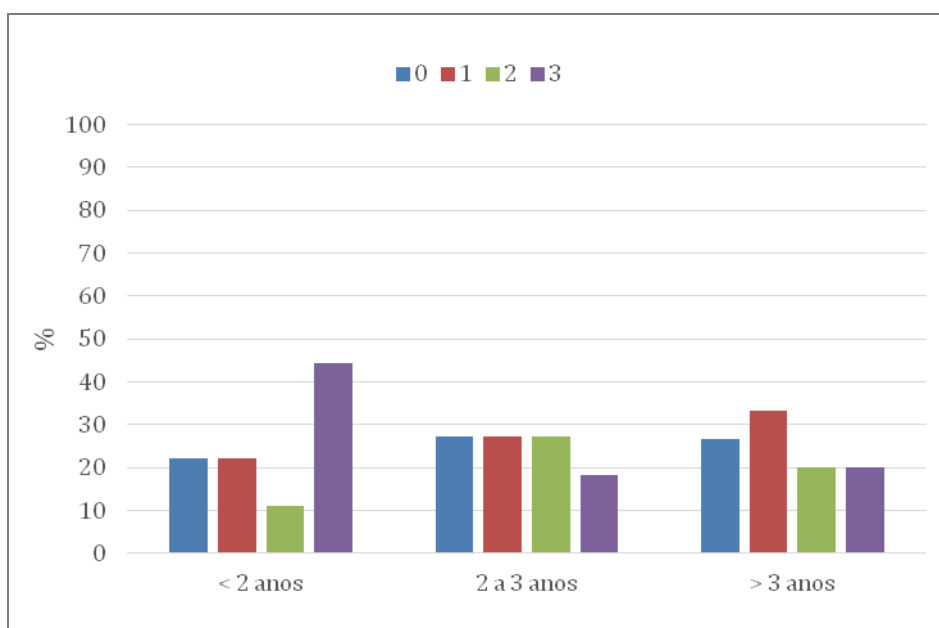


FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson: $p = 0,14$.

Não houve associação entre o tempo de uso de substâncias e o número de drogas utilizadas pelos adolescentes (Gráfico 11).

GRÁFICO 11 - TEMPO DE USO DE SUBSTÂNCIAS NUMERO DE DROGAS

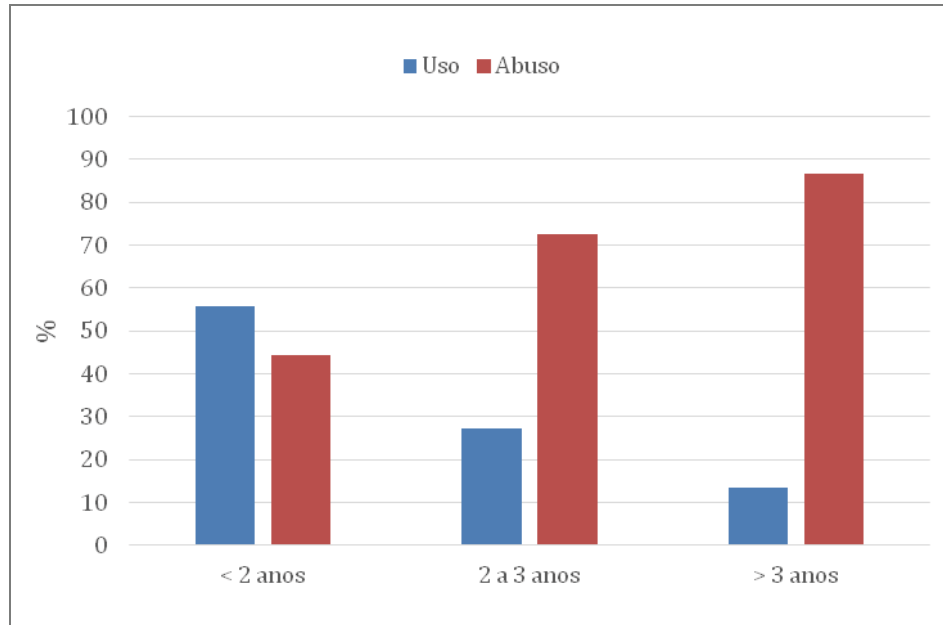


FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson: $p = 0,63$.

Houve associação entre maior tempo de uso de substâncias com maior gravidade do uso de substâncias com significância estatística (Gráfico 12).

GRÁFICO 12 - TEMPO DE USO DE SUBSTÂNCIAS E ABUSO OU DEPENDÊNCIA



FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste qui-quadrado para tendências lineares: $p = 0,02$.

QUADRO 1 - CARACTERÍSTICA DOS ADOLESCENTES COM PSICOSE

PSICOSE	CASO 1	CASO 2	CASO 3
Idade	16 anos	17 anos	17 anos
Idade de início drogas	13 anos	14 anos	12 anos
Número internações	uma	duas	quatro
Idade de início psicose	14 anos	14 anos	14 anos
Comorbidades	não	TDAH	não
Escolaridade	4 série	especial	3 série
Repetência	2 anos	>5 anos	3 anos
Abandono escolar	2 anos	>5 anos	4 anos
Maconha	sim	sim	sim
Abuso			
Dependência	sim	sim	sim
Crack	não	não	sim
Abuso			sim
Dependência			
Cocaína	não	não	não
Abuso			
Dependência			
Álcool	não	sim	não
Abuso		sim	
Dependência			
Fumo	não	sim	não
Solvente	sim	não	não

FONTE: O autor (2016)

Na tabela 18 estão apresentados os fatores associados à situação conjugal dos pais.

TABELA 18 - FATORES ASSOCIADOS A SITUAÇÃO CONJUGAL DOS PAIS

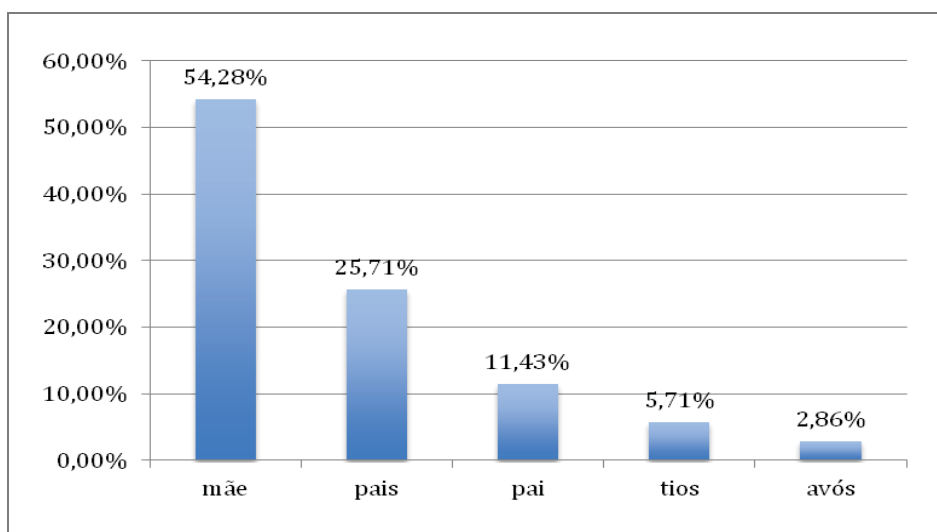
FATORES	PAIS SEPARADOS				p
	Sim (n=25)		Não (n=10)		
	n	%	n	%	
Número de repetências ≥ 2	17	70,8	5	62,5	0,68
Pais usuários substâncias	20	80,0	3	30,0	0,01
Uso de Substâncias					
Maconha	24	96,0	9	90,0	0,49
Crack/Cocaína	14	56,0	5	50,0	1,00
Álcool	9	36,0	4	40,0	1,00
Comorbidades					
TDHA	13	52,0	4	40,0	0,71
TOD	10	40,0	4	40,0	1,00
TC	14	56,0	6	60,0	1,00

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste exato de Fisher.

Dezenove adolescentes (54,28%) residiam com a mãe, 9 (25,71%) com os pais, 4 (11,43%) com o pai, 2 (5,71%) com os tios e 1 (2,86%) com avós (Gráfico 13).

GRÁFICO 13 - COM QUEM RESIDIAM OS ADOLESCENTES COM TUS



FONTE: O autor (2016).

Treze das mães dos adolescentes (37,1%) e 20 dos pais (57,1%) utilizavam alguma substância. Em 10 casos (28,6%) os dois utilizavam drogas e em 23 casos (65,7%) um dos pais. Tabaco (37,1%), Álcool (20,0%) e Maconha (17,1%) foram as substâncias mais frequentemente utilizadas pelas mães enquanto Álcool (54,4%), Tabaco (37,1%), Maconha (14,3%) e Cocaína (14,3%) foram as substâncias mais utilizadas pelos pais dos adolescentes (Tabela 19). Entre as mães observou-se uso de uma substância em 5 casos e em 8 casos mais de uma.

TABELA 19 - FREQUÊNCIA DE TRANSTORNO DO USO DE SUBSTÂNCIAS NOS PAIS

SUBSTÂNCIAS	MÃE		PAI	
	n	%	n	%
Álcool	7	20,0	19	54,4
Atual	3		15	
Pregresso	4		4	
Tabaco	13	37,1	13	37,1
Atual	6		11	
Pregresso	7		2	
Maconha	6	17,1	5	14,3
Atual	2		2	
Pregresso	4		3	
Cocaína	1	2,8	5	14,3
Atual	0		2	
Pregresso	1		3	
Crack	1	2,8		11,4
Atual	0		2	
Pregresso	1		2	
Solvente	0	0,0	0	0,0
Atual	0		0	
Pregresso	0		0	
Alucinógeno	0	0,0	0	0,0
Atual	0		0	
Pregresso	0		0	

FONTE: O autor (2016).

5 DISCUSSÃO

Este estudo indica alta prevalência de comorbidades psiquiátricas na infância e adolescência associada ao TUS (91,4%), também encontrada por outro estudo realizado no Brasil (98,9%). (PIANCA *et al.*, 2016).

Todos os adolescentes do estudo são do gênero masculino e estavam internados no momento da avaliação. Entre os jovens norte-americanos internados com diagnóstico de abuso ou dependência de drogas, a média de idade foi de 15,6 anos (BROWN; VIK; CREAMER, 1989), bastante próxima à média encontrada neste trabalho. Adolescentes ingleses iniciam o tratamento especializado para problemas relacionados ao uso de drogas cerca de um ano mais tarde que os brasileiros (aos 16,7 anos em média) (DUPRE *et al.*, 1995), o que pode se dever ao fato de iniciarem o uso de drogas mais tardiamente. (AUST; SHARP; GOULDEN, 2002).

5.1 COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS, TRANSTORNO DE USO DE SUBSTÂNCIAS E SEUS PREJUÍZOS

As comorbidades mais frequentemente observadas entre os adolescentes deste presente estudo foram o TC (57,1%), TDHA (48,6%) e TOD (40,0%).

Em um estudo de prevalência dos transtornos psiquiátricos na infância e adolescência na população geral, foram avaliados 10148 adolescentes com média de idade próxima do presente estudo, usando também o DSM-IV como base diagnóstica. Apesar do estudo incluir meninos e meninas, não houve diferença significativa na prevalência dos transtornos psiquiátricos entre os sexos. (KESSLER *et al.*, 2012). Os resultados foram semelhantes a outros estudos, com prevalência de TC (1,5%), TDAH (4,5%) e TOD (2,9%). No presente estudo a prevalência de comorbidades psiquiátricas foi significativamente mais elevada com TC 20 (57,1%), TDAH 17 (48,6%) e TOD 14 (40%). Encontrou-se uma forte associação de uso de substância na adolescência e comorbidades psiquiátricas, principalmente com os transtornos disruptivos e o TDAH.

Os resultados são muito próximos ao encontrados em outro estudo no Brasil, onde foram avaliados 90 adolescentes internados em uma unidade psiquiátrica por TUS (DSM-IV) e foi encontrada também alta taxa de comorbidades psiquiátricas associadas. As mais comuns foram TC (81,8%), TOD (52,3%) e TDAH (44,3%).

Todas comorbidades foram mais prevalentes na população de pacientes que em controles. (PIANCA *et al.*, 2016).

Não houve diferença estatisticamente relevante para TDM, TA, TAB ou psicose. O número pequeno da amostra pode ter prejudicado esta análise. Embora na literatura existe evidencia de TA associado ao TUS, neste estudo (8,6%) se encontrou abaixo da prevalência populacional (10-30%). Isso pode ser explicado pela gravidade do uso de substância, encobrindo os sintomas internalizantes e deixando mais proeminentes os sintomas externalizantes, que ficam mais evidentes nesta fase, como a agitação, irritabilidade, agressividade, comportamentos opostos e de quebrar as regras. Ocorre também que sintomas internalizantes podem ser fatores protetivos para o desenvolvimento de TUS devido ao medo, ansiedade de separação, busca de ajuda e *insight*.

Estudos têm mostrado que o TDAH, o TC e o TOD desempenham um papel importante no desenvolvimento posterior de TUS. No presente estudo, TDAH, TC e TOD ocorreram frequentemente de forma associada. Uma metanálise mostrou concordância com resultados de estudos anteriores de TDAH e comorbidade com TOD/TC, indicando que a relação entre o TDAH e o uso de substância podem ser parcialmente ou totalmente explicada pela a comorbidade entre TDAH e TOD/TC, que são fortemente relacionados ao uso de substâncias. É importante salientar que essa caracterização é baseada em apenas dez estudos publicados (metanálise) e uma literatura com métodos altamente variáveis, incluindo características da amostra. (LEE *et al.*, 2011). Os elevados índices de problemas de uso de substâncias encontrados entre adolescentes com história de TDAH na infância são provavelmente consequência de problemas de conduta comórbida, em vez de uma consequência de TDAH. Na avaliação e no tratamento de crianças com TDAH é importante avaliar a intensidade de problemas de comportamento associados com a condição. O prognóstico do TDAH na infância pode variar consideravelmente, dependendo da extensão de problemas de conduta precoces. (WHITE *et al.*, 2001).

Problemas de conduta, tanto na infância quanto na adolescência, estão relacionados com o aumento dos riscos do uso de substâncias em longo prazo, abuso e dependência. Qualquer associação entre problemas de atenção precoce e abuso ou dependência de substâncias é largamente mediada pela associação entre a conduta e problemas de atenção. (FERGUSSON; HORWOOD; RIDDER, 2006). O TDAH ou sintomas de TDAH não são preditores de TUS quando controlado para

transtorno de conduta. Em vez disso, problemas de conduta mediam a relação preditiva entre o TDAH na infância e TUS subsequentes. (FERGUSSON; HORWOOD; RIDDER, 2007). Em outro estudo, apenas indivíduos com comorbidades externalizantes (TC ou TOD) tiveram taxas significativamente mais altas de TUS e uso regular de tabaco em relação aos indivíduos com TDAH ou controles saudáveis. (AUGUST *et al.*, 2006). Várias investigações não confirmam efeito independente do TDAH na infância em adolescência e TUS. (BIEDERMAN *et al.*, 1997; DISNEY *et al.*, 1999).

O DSM-IV classifica o TC de início na infância como a presença de qualquer sintoma de conduta antes dos 10 anos de idade e TC de início na adolescência como a ausência de qualquer sintoma de conduta antes dos 10 anos de idade. Neste estudo, dos 20 adolescentes com TC, 11 (55%) eram de início na infância e 9 (45%) na adolescência. Os dois grupos apresentaram características semelhantes com várias comorbidades psiquiátricas, altas taxas de dependência por substâncias e prejuízos psicológicos, sociais, ocupacionais e legais. Porém, 100% dos adolescentes com TC de início na infância apresentaram comportamento de risco, enquanto apenas 33% dos adolescentes com TC de início na adolescência tiveram esse prejuízo. Todos os adolescentes com TC de início na infância não faziam uso de substâncias no início dos sintomas de conduta. Portanto, a identificação precoce e o tratamento dos sintomas de conduta de início na infância podem aumentar a chance de impedir a progressão do transtorno, o desenvolvimento de TUS e os prejuízos na adolescência.

Os adolescentes com transtornos disruptivos (TC e TOD), precisam de acompanhamento psiquiátrico adequado devido à grande possibilidade destes indivíduos fazerem uso de substâncias lícitas e ilícitas. Além disso, o quadro clínico pode ser agravado devido ao fato de que os transtornos disruptivos comumente estão associados com o TDAH. (LEE *et al.*, 2011).

Algumas questões metodológicas importantes podem contribuir para os resultados contraditórios nos estudos que tentam esclarecer o papel de TDAH em TUS em adolescentes. Enquanto a amostra deste estudo foi composta apenas por adolescentes do sexo masculino, com média de idade de 15,6 anos, alguns estudos relatam ausência de associação seja com indivíduos de ambos os sexos ou indivíduos mais jovens. Observa-se diferentes definições para os resultados relacionados às drogas como uso, mau uso, abuso, dependência ou abuso além de dependência. As possíveis explicações para esta enorme variabilidade incluem diferenças de critérios diagnósticos, a principal droga de abuso, fatores específicos de cada país

(oferta de tratamento, estrutura do serviço), ambiente de tratamento (em regime de internamento ou ambulatorial). (VAN DE GLIND *et al.*, 2014).

Outros autores encontraram forte associação entre o TDAH e TUS. Em um estudo caso controle, com 61 adolescentes, os portadores de TDAH apresentaram maior risco de TUS ilícito do que os jovens sem TDAH, mesmo após o ajuste para possíveis fatores de confusão como TC, etnia, religião e QI estimado (OR = 9,12; IC95% = 2,84-29,31, $p < 0,01$). Neste estudo adolescentes com TDAH apresentaram risco 9 vezes maior de TUS. (SZOBOT *et al.*, 2007).

Em um acompanhamento prospectivo de crianças diagnosticadas com TDAH em uma média de idade de 8 anos, apresentaram disfunção em vários domínios como adultos em comparação com os seus pares sem TDAH após 33 anos. Indivíduos com TDAH apresentaram realização educacional e ocupacional significativamente comprometida, levando a uma relativa desvantagem econômica, mais divórcios e taxas mais altas de TDAH em curso. (KLEIN *et al.*, 2012).

Resultados de estudos documentam associação entre TDAH e TUS em adolescentes. (MOLINA; BUKSTEIN; LYNCH, 2002; MOLINA; PELHAM, 2003). Em um estudo de famílias, adolescentes com diagnóstico de TDAH na infância foram 1,8 vezes mais propensos a desenvolver um TUS e 8,6 vezes mais de desenvolver dependência de nicotina em comparação com controles saudáveis. Curiosamente, irmãos não afetados não apresentaram maior risco de desenvolver TUS ou dependência de nicotina em comparação com controles saudáveis. (GROENMAN *et al.*, 2013).

Em um estudo caso controle, com aplicação de K-SADS, adolescentes com TDAH iniciaram mais precocemente o tabagismo, o uso de drogas, o abuso e a dependência, apresentaram período mais curto entre o uso de substâncias pela primeira vez e o desenvolvimento de abuso e dependência de substâncias, o uso mais grave de substâncias (por *cannabis*, heroína, cigarro e drogas como benzodiazepínicos) e maior comprometimento funcional. (KOUSHA; SHAHRIVAR; ALAGHBAND-RAD, 2012). Pacientes com história de abuso ou dependência de *cannabis* apresentaram probabilidade duas vezes maior de serem diagnosticados com TDAH. (ZAMAN *et al.*, 2015).

Considerando uma perspectiva de desenvolvimento de psicopatologia na adolescência, faz sentido clínico que o TDAH pode ser um fator de risco para TUS, pois TDAH é um dos diagnósticos psiquiátricos com a idade de início mais precoce. Além disso, as crianças com TDAH podem atingir a adolescência sem estratégias de

enfrentamento suficientes para lidar com condições típicas associadas à exposição de drogas nesta fase da vida, como a propensão ao comportamento de risco e mudanças de humor. (TARTER, 2002).

Do ponto de vista neurobiológico, o TDAH pode ser um antecedente precoce de TUS. As crianças com TDAH costumam ter disfunções nos circuitos dopaminérgicos, principalmente nos gânglios basais e no córtex frontal, com defeitos na função executiva e no sistema de recompensa. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e TUS têm disfunções no sistema de recompensa, que é associado com motivação, saliência de um estímulo e a capacidade de atraso. Indivíduos com TUS podem optar por comportamentos com altos ganhos imediatos, apesar de prejuízos futuros, tais como as consequências em longo prazo da dependência ou outros efeitos adversos para a saúde. (SONUGA-BARKE, 2002; FISCHER *et al.*, 2005; SEIDMAN; VALERA; MAKRIS, 2005).

Indivíduos não tratados com TDAH podem ser encontrados mais comumente em países menos desenvolvidos, como o Brasil, do que nos Estados Unidos ou outros países desenvolvidos. Esta é uma questão relevante, pois o tratamento de TDAH prévio pode estar associado a taxas mais baixas de TUS em amostras de adolescentes e adultos. (SZOBOT *et al.*, 2007).

As mudanças nos critérios para o TDAH na mais recente edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM 5 (APA, 2013) pode afetar a prevalência de TDAH em adultos e crianças com TUS. Em primeiro lugar, o aumento do limite de idade para o aparecimento de sintomas de TDAH de antes dos 7 anos de idade para antes dos 12 anos idade, pode aumentar a prevalência de TDAH. Em segundo lugar, a redução do número mínimo de sintomas necessários para o diagnóstico de TDAH no adulto/criança de 6 para 5 dos 9 sintomas, quer para a desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade pode também aumentar a prevalência de TDAH. Neste trabalho foram usados critérios do DSM IV para TDAH e demais transtornos.

No presente estudo, 21 adolescentes (60%) tiveram conflitos com a lei. Destes, 10 por tráfico e porte de drogas, 7 por roubo, 3 por tentativa de homicídio e 1 por homicídio. Essa taxa pode estar elevada na população estudada por se tratar de adolescentes internados, com quadro de dependência, na maioria deles, e com comorbidades psiquiátricas, principalmente quando associado ao TC. A maioria dos adolescentes em conflito com a lei fazia uso de mais de uma substância. Foi encontrado também que dos adolescentes em conflito com a lei, 71,4% apresentaram

diagnóstico de TC, 21% de TDAH e 21% de TOD. Ainda, 75% dos indivíduos com TC tinham conflitos com a lei. Esses números podem estar um pouco superestimados porque alguns indivíduos possuíam mais que uma comorbidade psiquiátrica citada. Os adolescentes com TDAH ou TOD podem ter apresentado taxas elevadas de conflitos com a lei por causa do TC comórbido. Além disso, estudos já mostram associação importante entre uso de substância, comorbidades psiquiátricas e adolescentes em conflito com a lei. Um estudo realizado na cidade de Curitiba com adolescentes em conflito com a lei, mostrou associação significativa entre o TC e abuso de substâncias, assim como a associação do TDAH e abuso de substâncias. Portanto, estes transtornos andam de mãos dadas na adolescência, sugerindo uma relação de reciprocidade entre eles e o adolescente em conflito com a lei. (DÓRIA *et al.*, 2015).

Scivoletto (1997) ressaltou que, mesmo nos casos de indivíduos com transtorno de conduta com envolvimento em atividades ilegais, quando os pacientes aderiram ao tratamento ambulatorial especializado, o abandono das atividades ilegais foi o primeiro aspecto a melhorar e esteve relacionado à boa evolução no tratamento proposto.

Com relação ao número de comorbididades, três adolescentes (8,6%) não apresentaram nenhuma comorbidade, 11 (31,4%) uma, 12 (34,3%) duas comorbidades e 9 (25,7%) três comorbidades. Pode-se observar que mais de 90% dos adolescentes apresentaram uma comorbidade psiquiátrica ou mais. Sabe-se que o indivíduo com comorbidades psiquiátricas muitas vezes apresentam quadro clínico mais grave e pior prognóstico. Além disso, apresentam maior dificuldade nas opções de tratamento por causa da provável necessidade de mais de uma medicações com diferentes mecanismos de ação. Sem contar que em conjunto com a abordagem farmacológica, é frequente a necessidade de trabalho multiprofissional (psicologia, psicopedagogia entre outras). Considerando que a minoria dos indivíduos com transtornos psiquiátricos procuram assistência na área da saúde e, ainda assim poucos tem acesso a um serviço multidisciplinar, em países em desenvolvimento como o Brasil, o cenário é ainda pior.

Foi encontrado neste estudo que a dependência de substância esteve associada ao maior número de comorbidades psiquiátricas, enquanto o abuso à menor número. Dos adolescentes abusadores, 30% tinham duas ou mais comorbidades, enquanto dos dependentes, 72%. O diagnóstico precoce e o tratamento das comorbidades podem reduzir a gravidade do uso de substâncias. A dependência por

substância pode também estar associada a pior resposta na evolução do tratamento psiquiátrico, isso pode explicar a associação com o maior número de comorbidades.

Neste estudo, observou-se que a maior parte dos adolescentes faziam uso de mais de uma substância, aproximadamente 75% dos adolescentes faziam uso de 2 drogas ou mais. Foi encontrado que todos os usuários de Álcool e Tabaco usavam maconha e a maioria dos usuários de Crack/Cocaína também. A maconha pode ser porta de entrada para outras substâncias lícitas ou ilícitas. (FERGUSSON; BODEN; HORWOOD, 2015). Os adolescentes que faziam uso de múltiplas drogas apresentaram maior comportamento de risco. Crack e cocaína foram analisados juntos porque a avaliação de uso de substâncias no K-SADS não separa estas duas drogas. Uso exclusivo de maconha foi observado em 10 casos e o uso exclusivo de cocaína e álcool não foi observado.

A grande maioria dos adolescentes deste estudo (94,2%) fazia uso de maconha, e destes, 24 (72,7%) apresentavam dependência pela droga. Uma das possíveis causas do número elevado de pacientes dependentes por maconha deve-se aos critérios do DSM-IV, utilizado no questionário diagnóstico *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children* (K-SADS-PL). Apenas três ou mais critérios, no DSM-IV, são suficientes para o diagnóstico de dependência por *cannabis*. No DSM5 é avaliado por especificadores de gravidade atual, sendo classificado como leve, quando na presença de 2 ou 3 sintomas; moderado, com 4 ou 5 sintomas; e grave, com 6 ou mais sintomas. Outra possível causa da alta taxa de dependentes se deve ao fato da população estudada ser de adolescentes internados com quadro clínico de maior gravidade.

No Brasil, 62% dos indivíduos que experimentaram maconha, o fizeram antes dos 18 anos de idade. (MADRUGA *et al.*, 2012). Mais da metade dos usuários, tanto adultos quanto adolescentes consomem maconha diariamente. Dependentes de *cannabis* tiveram um decréscimo 5,23 pontos no QI, da infância para a vida adulta, se comparados com controles, num seguimento de 38 anos. (MEIER *et al.*, 2012). No Brasil, em 2012, 37% dos adultos e 10% dos adolescentes usuários de maconha eram dependentes. (MADRUGA *et al.*, 2012). Inúmeros estudos mostram associação com sintomas psicóticos, esquizofrenia e depressão. (FERGUSSON; BODEN; HORWOOD, 2015; FERGUSON; HORWOOD; RIDDER, 2006; RUBINO; ZAMBERLETTI; PAROLARO, 2012). Seu uso está associado ao aumento da chance de fracassar na vida (FERGUSSON; BODEN; HORWOOD, 2015) e ao dobro da

chance de se envolver em acidentes de trânsito. (ASBRIDGE *et al.*, 2012). Um achado clínico importante, revelou que o uso de *cannabis* correspondeu a mais de 80% de todos os casos de abuso e dependência de substâncias. (SHAPIRO; BUCKLEY-HUNTER, 2010). Samhsa, em 2005, observou que a grande maioria das admissões para tratamento de pacientes com menos de 15 anos foi devido ao diagnóstico de uso de *cannabis*. No presente estudo, em que a maioria era usuário de maconha, observou-se atraso escolar na maioria da amostra, estando quase todas no ensino fundamental, com média de idade de 15,6 anos, com muitas repetências e evasão escolar em 51,4%.

O risco estimado para desenvolvimento de TUS, em um período de 6 anos após início do uso de drogas, foi de 40% para aqueles jovens que iniciaram o consumo de drogas ilícitas aos 16 anos de idade, 50% para os que iniciaram aos 15 anos e 60% para aqueles que iniciaram aos 14 anos. (ANTHONY, 1991). Quanto mais cedo o uso de álcool, tabaco e maconha, maior a probabilidade de desenvolver dependência destas mesmas substâncias. (PIANCA *et al.*, 2016). No presente estudo, encontrou-se associação entre maior tempo de uso de substâncias com maior gravidade do TUS – dependência. Todos os pacientes com uso prolongado de drogas, mais de 3 anos, tinham menos de 14 anos de idade. Portanto, quanto mais cedo se inicia o uso de drogas, maior chance para desenvolver TUS.

Pianca *et al.*, em 2016, mostrou que dos pacientes estudados usuários de *crack* e cocaína, todos haviam usado outra droga antes do início do abuso ou dependência. Isso fortalece a hipótese que o uso de drogas pesadas geralmente é precedido pelo uso de outras substâncias de abuso como o álcool, tabaco e *cannabis* que são consideradas como "drogas porta de entrada".

Uma pesquisa mostrou que a maioria dos adolescentes com diagnóstico de dependência de *cannabis* possuem pelo menos 2 outros diagnósticos do Eixo I, como TDAH e TC. (NORBERG; KEZELMAN; LIM-HOWER, 2013). Outro estudo mostrou associação com sintomas psicóticos, esquizofrenia e depressão. (RUBINO; ZAMBERLETTI; PAROLARO, 2012). E neste estudo foi encontrada alta taxa de psicoses se comparada a população geral de adolescentes.

Três (8%) adolescentes do estudo tinham psicose, muito acima da prevalência encontrada na população geral (1%). Indivíduos com esquizofrenia possuem altas taxas de uso de substâncias, como: álcool, tabaco e maconha. (CARNEY *et al.*, 2016) Os 3 adolescentes do estudo eram dependentes de

maconha. Tien (2009), mostrou que depois de controlado o uso de cocaína e álcool, duplicava o risco de psicose em usuários de maconha. Em uma metanálise foi encontrado que o uso pesado e frequente de maconha aumenta o risco de psicose. (MARCONI, 2016) Em um estudo que avaliou 247 pacientes em primeiro episódio psicótico, mostrou que o aumento progressivo do uso de maconha elevaram as taxas de início de psicose. (KELLEY, 2016).

Em um estudo naturalístico, multicêntrico, com 1119 indivíduos com esquizofrenia, mostrou que o grupo com uso de substâncias apresentava psicose com idade de início em torno de 3 anos mais cedo que o grupo sem uso de substâncias. Foi encontrado também que a substância mais associada à idade de início de psicose 3 anos mais cedo foi a maconha. Gênero e história familiar de psicose não influenciaram nos resultados. (HELLE, 2016).

Todos os adolescentes que apresentaram psicose no estudo faziam uso de substância por pelo menos 3 anos e os sintomas psicóticos foram evidenciados após o início do uso. Em um estudo com 625 pacientes com primeiro episódio psicótico, mostrou que o uso de maconha se iniciou antes do episódio psicótico em 87,6% dos pacientes. Também foi encontrado que o uso de maconha aos 14 anos de idade ou antes estava associado ao surgimento mais cedo do início da psicose. (SCHIMMELMANN *et al.*, 2011).

Alguns indivíduos são mais vulneráveis aos seus efeitos que os outros, e o grau de exposição a *cannabis* e a idade da primeira utilização pode amplificar os efeitos nocivos da *cannabis*. O adolescente que inicia o consumo de *cannabis* pode ter risco mais elevado de psicose porque o cérebro ainda está em desenvolvimento. (CASADIO *et al.*, 2011)

Pode-se citar também prejuízos escolares decorrentes da dependência de maconha e psicose. Os 3 adolescentes estudados tinham pelo menos 5 anos de defasagem escolar, mesmo que 2 não tinham nenhuma outra comorbidade psiquiátrica ou abuso de outra substância.

É importante salientar que adolescentes que procuram tratamento para abuso ou dependência de drogas geralmente fazem uso de múltiplas substâncias. (SCIVOLETTO, 1997). Muitos adolescentes com menor gravidade de uso de substâncias, que podem passar despercebidos aos programas de tratamento, no futuro podem apresentar problemas maiores, tendo em vista que uso de substância, por si, é um forte preditor de futuros problemas relacionados à substância na vida adulta.

Portanto, intervenção precoce nestes indivíduos pode ajudar a reduzir um número de resultados adversos subsequentes. (WAGNER; ANTHONY, 2007).

No presente estudo foi encontrado que o uso de maconha e crack/cocaína foram mais frequentemente associados a efeitos negativos sobre o comportamento e vida dos adolescentes, principalmente quando havia dependência pelas substâncias.

A grande maioria dos usuários de maconha apresentaram prejuízo ocupacional (93,9%). Dos usuários de crack/cocaína que apresentaram algum tipo de prejuízo, todos eram dependentes. Não houve diferença estatística no prejuízo ocupacional, social e psicológico entre os adolescentes que usavam maconha isolada e associada a outras drogas.

A partir dos dados coletados no presente estudo, verificou-se que a maioria dos participantes apresentou baixa escolaridade. Esse dado corrobora com a literatura que sugere a relação entre a evasão escolar e o uso de drogas. (LEWEKE; KOETHE, 2008) Início precoce de TUS também está associada a taxas elevadas de insucesso escolar. (FERGUSSON; BODEN; HORWOOD, 2015). Nota-se redução da média de anos de estudos nos usuários de drogas ilícitas. Esta relação pode ter ocorrido não somente pelo uso de drogas, mas pelas consequências que o uso das mesmas acarreta aos indivíduos, tais como dificuldades cognitivas e gerais de saúde. (PECHANSKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004). Dependentes de *cannabis* apresentam decréscimo 5,23 pontos no QI, da infância para a vida adulta, se comparados com controles, num seguimento de 38 anos. (MEIER *et al.*, 2012).

No presente estudo, em 74,3% dos casos o nível de escolaridade era de ensino fundamental final e abandono escolar foi registrado em 18 casos (51,4%), em sua maioria, há mais de 1 ano. Repetência escolar foi observada em 32 casos (91,4%), em sua maioria, por 2 ou 3 anos. É importante salientar que não também houve diferença estatística no prejuízo escolar (abandono ou repetência) entre os adolescentes que usavam maconha isolada ou associada a outras drogas.

A defasagem escolar associada ao uso de drogas nas 27 capitais brasileiras foi de 45,9% dos estudantes, chegando, por exemplo, a 56,6% nos estudantes de Salvador. (GALDURÓZ *et al.*, 2004).

Em 2012, a taxa de distorção idade/série na rede estadual de ensino do Paraná foi de 21,8% no ensino fundamental e de 24,8% no ensino médio. A taxa de reprovação no ensino fundamental foi de 14,5%, enquanto nas séries seguintes foi de

14,2%. Esses números são superiores às taxas nacionais de reprovação verificadas em escolas estaduais – 10,1% no ensino fundamental e 13,1% no ensino médio. Já o índice de distorção idade/série no Brasil é maior que o do Paraná – 23,4% no fundamental e 34,8% no médio. (BRASIL, s.d.).

Em uma trabalho realizado no estado de São Paulo, observou-se que 68,9% dos adolescentes com TUS e comorbidades psiquiátricas apresentavam algum grau de atraso escolar, com uma média de 2,2 anos de atraso (MORIHISA, 2006), índices bastante superiores aos encontrados entre alunos da rede pública de ensino da região sudeste (37,9%). (GALDUROZ *et al.*, 2005).

Existem vários trabalhos relatando forte associação entre consumo de substâncias psicoativas e baixo rendimento escolar. (MILLER, 1999). Analisando a relação entre o desempenho e frequência escolar com o uso de drogas, Hollar e Moore (2004) observaram que o consumo de álcool, tabaco ou drogas ilícitas estava relacionado a um pior rendimento escolar e baixa frequência escolar. Existem outros trabalhos relatando forte associação entre consumo de substâncias psicoativas e baixo rendimento escolar e frequência escolar, assim como número de reprovações ao longo da vida. (MILLER, 1999; GALDUROZ *et al.*, 2005).

Galduroz *et al.*, utilizando as informações colhidas entre estudantes, encontraram associação positiva entre o uso de drogas e o atraso escolar. Estudantes que relataram uso na vida de qualquer droga ilícita apresentaram maiores taxas de algum atraso escolar e de 3 ou mais anos de atraso do que os estudantes que nunca usaram qualquer substância ilícita. (2005). Outro estudo encontrou associação positiva entre o uso de drogas na vida e frequência de faltas escolares no mês e o número de reprovações ao longo da vida. (TAVARES; BERIA; LIMA, 2001).

No presente estudo foi encontrada associação entre o número de repetências escolares e a frequência de TDHA. O risco de repetência escolar foi 5,8 vezes maior entre os adolescentes com TDHA.

Está bem estabelecido que as crianças e adolescentes com TDAH sofrem de problemas no funcionamento cotidiano, incluindo dificuldades na escola. Dificuldades relacionadas com a escola nos anos fundamentais incluem o comportamento disruptivo em sala de aula e desempenho escolar abaixo da média. (DUPAUL, 2007; FRAZIER *et al.*, 2007). As dificuldades comportamentais e acadêmicas na escola primária, muitas vezes persiste e pode até piorar no ensino médio. (KENT *et al.*, 2011). Adolescentes com TDAH têm notas mais baixas, têm piores colocações na

classe, são mais propensos a ser suspensos ou expulsos, têm maiores taxas de faltas às aulas e são menos propensos a terminar o ensino médio do que adolescentes sem TDAH. (ROBB *et al.*, 2011). Crianças com TDAH são menos propensas a buscar educação e ter sucesso após o ensino médio. (KURIYAN *et al.*, 2013).

A presença de comorbidades psiquiátricas em adolescentes com transtorno de uso de substâncias, deve ser um alerta para intervir o mais precocemente possível para evitar prejuízos escolares como abandono e repetências escolares. O jovem com TDAH deve receber especial atenção na avaliação psiquiátrica, por apresentar altas taxas de defasagem escolar em comorbidade com TUS.

Portanto, apesar de nos últimos anos houve conscientização maior dos profissionais de educação e saúde, para o reconhecimento do TDAH, ainda há jovens apresentando prejuízos significativos, como neste estudo, por serem portadores de TDAH. Sabe-se que o acesso às crianças e aos adolescentes em serviços de saúde mental infanto-juvenil no Brasil ainda é muito difícil, pois existem poucos serviços especializados para o atendimento à população.

Uma aproximação escola e saúde infanto juvenil, pode ser uma alternativa para facilitar o diagnóstico precoce de patologias infantis, como o TDAH, TC e TOD, que de forma considerável estão associados a adolescentes em uso de substâncias psicoativas.

Com relação às características dos pais dos adolescentes, 13 das mães dos adolescentes (37,1%) e 20 dos pais (57,1%) utilizavam alguma substância. Em 10 casos (28,6%) os dois utilizavam drogas e em 23 casos (65,7%) um dos pais. Tabaco (37,1%), Álcool (20,0%) e Maconha (17,1%) foram as substâncias mais frequentemente utilizadas pelas mães enquanto Álcool (54,4%), Tabaco (37,1%), Maconha (14,3%) e Cocaína (14,3%) foram as substâncias mais utilizadas pelos pais dos adolescentes. Entre as mães observou-se uso de uma substância em 5 casos e em 8 casos mais de uma.

Vinte e cinco (71,4%) adolescentes tinham pais separados e destes 19 (76,0%) referiram morar com a mãe, portanto a grande parte dos adolescentes com TUS deste estudo, viviam em famílias monoparentais. Os demais com o pai, tios ou avós. Dos pais separados, 80% faziam uso de substâncias e tiveram convivência com o adolescente em algum momento da vida.

Jovens com história familiar de TUS são mais propensos a desenvolver este transtorno do que adolescentes sem história familiar. É possível que as diferenças

ambientais entre o indivíduo com história familiar positiva e outro com história familiar negativa para drogas possam contribuir significativamente para iniciação mais precoce do uso de substâncias. Pesquisas mostram que adolescentes com história familiar positiva para drogas têm maior exposição a fatores de estresse durante a infância. (FERGUSON; BODEN; HORWOOD, 2015).

Grande parte dos adolescentes com TUS e comorbidades psiquiátricas possuem famílias desestruturadas e/ou disfuncionais, além de história familiar positiva para uso de substâncias. A avaliação e o acompanhamento familiar são cruciais para a condução do tratamento destes adolescentes.

É importante salientar que adolescentes que procuram tratamento para abuso ou dependência de drogas geralmente fazem uso de múltiplas substâncias. Muitos adolescentes com menor gravidade de uso de substâncias, que podem passar despercebidos aos programas de tratamento, no futuro poderão apresentar problemas maiores, tendo em vista que uso de substância, por si, é um forte preditor de futuros problemas relacionados à substância na vida adulta. Portanto, intervenção precoce nestes indivíduos pode ajudar a reduzir um número de resultados adversos subsequentes.

O presente estudo possui algumas limitações. Os adolescentes estudados eram todos do sexo masculino, não sendo possível avaliar diferenças entre sexos. O tamanho da amostra é pequeno. Todos estavam internados por TUS, que pode justificar maior gravidade do uso de substâncias e maior taxa de comorbidades psiquiátricas, tornando difícil comparar as características com a população geral. O instrumento diagnóstico utilizado K-SADS PL tem como referência diagnóstica o DSM-IV, podendo ter revelado resultados defasados em relação ao DSM 5.

O estudo apresenta pontos fortes. O instrumento diagnóstico utilizado K-SADS PL é padronizado e validado. Durante toda a pesquisa foi aplicado pelo mesmo avaliador.

6 CONCLUSÕES

- a) A prevalência de comorbidades psiquiátricas nos adolescentes internados com TUS foi de 91,4%. As comorbidades psiquiátricas mais prevalentes foram o TC (57,1%), TDHA (48,6%), TOD (40,0%) e Psicose (8,6%). Estes 3 primeiros transtornos também ocorreram frequentemente de forma associada. Não houve associação significativa de TUS com transtorno depressivo maior, transtorno de ansiedade, transtorno afetivo bipolar. Foi encontrado que 75% dos indivíduos com TC tinham conflitos com a lei e todos os adolescentes com TC de início na infância apresentaram comportamento de risco. Observou-se associação entre o número de repetências escolares e a frequência de TDHA. O risco de repetência escolar foi 5,8 vezes maior entre os adolescentes com TDHA e TUS. Os três adolescentes com psicose tinham dependência por maconha e mais de 5 anos de defasagem escolar.
- b) Vinte e cinco (71,4%) adolescentes apresentaram dependência por uma ou mais substâncias. Os efeitos negativos foram vistos predominantemente com uso do tipo dependência, principalmente de maconha e crack/cocaína. Foi encontrado neste estudo também que a dependência de substância esteve associada ao maior número de comorbidades psiquiátricas, enquanto o abuso à menor número.
- c) A Maconha (94,2%) e o Crack (40,0%) foram as principais substâncias utilizadas pelos adolescentes. A grande maioria dos usuários de maconha apresentaram prejuízo ocupacional (93,9%). Dos usuários de crack/cocaína que apresentaram algum tipo de prejuízo, todos eram dependentes. Não houve diferença estatística no prejuízo ocupacional, social e psicológico entre os adolescentes que usavam maconha isolada e associada a outras drogas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O transtorno de uso de substância na adolescência deve ser um alerta para a investigação de comorbidades psiquiátricas. Assim como a presença de um transtorno mental na adolescência necessita ser identificado e tratado o mais brevemente possível para prevenir possíveis riscos de uso nocivo de substâncias.

O adolescente com transtorno de uso de maconha e crack/cocaína, devem ser priorizados em programas de prevenção, visto que apresentam inúmeros prejuízos comportamentais, psicológicos, sociais, ocupacionais e legais. O uso exclusivo da maconha pode trazer também consequências tão graves quanto ao uso associado a outras drogas.

O insucesso terapêutico de um adolescente com TUS deve alertar o profissional a buscar a existência de outros transtornos psiquiátricos. A realização do diagnóstico de comorbidades possibilita o planejamento adequado do tratamento e sua respectiva condução.

O adolescente com dependência de substâncias necessita de uma abordagem profissional imediata por apresentar maiores riscos de possuir 2 ou mais comorbidades psiquiátricas, dificultando significativamente o tratamento e o prognóstico.

REFERÊNCIAS¹

- ABDALLA, R. R.; MADRUGA, C. S.; RIBEIRO, M.; PINSKY, I.; CAETANO, R.; LARANJEIRA, R. Prevalence of Cocaine Use in Brazil: Data from the II Brazilian National Alcohol and Drugs Survey (BNADS). **Addictive Behaviors**, v.39, n.1, p.297-301, 2014.
- ADDY, P.H.; RADHAKRISHNAN, R.; CORTES, J. A.; D'SOUZA, D. C. Comorbid alcohol, cannabis, and cocaine use disorders in schizophrenia: epidemiology, consequences, mechanisms, and treatment. **FOCUS**, v.10, n.2, p.140-153, 2012.
- ALVES, H.; KESSLER, F.; RATTO, L. R. C. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, n.1, p.51-53, 2004.
- AMATO, T. C. **Resiliência e uso de drogas**: como a resiliência e seus aspectos se relacionam aos padrões no uso de drogas por adolescentes. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2010.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic criteria from DSM-5**. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013.
- ANTHONY, J. C. Epidemiology of drug dependence and illicit drug use. **Current Opinion in Psychiatry**, v.4, p.435-439, 1991.
- ARMSTRONG, T. D.; COSTELLO, E. J. Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.70, n.6, p.1224-1239, 2002.
- ASBAHR, F. R. Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.2, p.S28-S34, 2004.
- ASBRIDGE, M.; HAYDEN, J. A.; CARTWRIGHT, J. L. Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis. **BMJ**, v.344, p.e536, 2012.
- ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B. **Semiologia em psiquiatria da infância e da adolescência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- AUGUST, G. J.; WINTERS, K. C.; REALMUTO, G. M.; FAHNHORST, T.; BOTZET, A.; LEE, S. Prospective study of adolescent drug use among community samples of ADHD and non-ADHD participants. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v.45, n.7, p.824-832, 2006.

¹ A presente dissertação apresenta estudos encontrados nas seguintes bases de dados: Pubmed, Portal Regional da BVS e Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Os estudos selecionados foram publicados em português ou em inglês nas últimas décadas (1981 a 2016) e localizados com base nos descritores: abuso de drogas, dependência de drogas, comorbidade psiquiátrica, transtornos relacionados ao uso de substâncias, adolescente, criança, *cannabis*, cocaína, álcool, tabaco, inalantes, transtorno de conduta, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtornos de ansiedade, depressão, transtorno psicótico.

AUST, R.; SHARP, C.; GOULDEN, C. **Prevalence of Drug Use**: Key findings from the 2001/2002 British Crime Survey. London: Home Office, 2002.

AXELSON, D.; BIRMAHER, B.; STROBER, M.; GILL, M. K.; VALERI, S.; CHIAPPETTA, L.; RYAN, N.; LEONARD, H.; HUNT, J.; IYENGAR, S.; BRIDGE, J.; KELLER, M. Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. **Archives of General Psychiatry**, v.63, n.10, p.1139-1148, 2006.

BEZDJIAN, S.; KRUEGER, R. F.; DERRINGER, J.; MALONE, S.; MCGUE, M.; IACONO, W. G. The structure of DSM-IV ADHD, ODD, and CD criteria in adolescent boys: a hierarchical approach. **Psychiatry Research**, v.188, n.3, p.411-421, 2011.

BIEDERMAN, J.; WILENS, T.; MICK, E.; FARAONE, S. V.; WEBER, W.; CURTIS, S.; THORNELL, A.; PFISTER, K.; JETTON, J. G.; SORIANO, J. Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v.36, n.1, p.21-29, 1997.

BITTNER, A.; GOODWIN, R. D.; WITTCHEN, H. U.; BEESDO, K.; HÖFLER, M.; LIEB, R. What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? **Journal of Clinical Psychiatry**, v.65, n.5, p.618-626, 2004.

BLADER, J. C.; CARLSON, G. A. Increased rates of bipolar disorder diagnoses among U.S. child, adolescent, and adult inpatients, 1996-2004. **Biological Psychiatry**, v.62, n.2, p.107-114, 2007.

BRADLEY, K. L.; BAGNELL, A. L.; BRANNEN, C. L. Factorial validity of the Center for Epidemiological Studies Depression 10 in adolescents. **Issues in Mental Health Nursing**, v.31, n.6, p.408-412, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens**: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. MEC. INEP. **Nota Técnica**: Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – IDEB. s.d. Disponível em: <http://download.inep.gov.br/educacao_basica/portal_ideb/o_que_e_o_ideb/Nota_Tecnica_n1_concepcaoIDEB.pdf> Acesso em: 26 fev. 2014.

BREITENSTEIN, S. M.; HILL, C.; GROSS, D. Understanding disruptive behavior problems in preschool children. **Journal of Pediatric Nursing**, v.24, n.1, p.3-12, 2009.

BROECKER, C. Z.; JOU, G. I. de. Práticas educativas parentais: a percepção de adolescentes com e sem dependência química. **Psico-USF**, v.12, n.2, p.269-279, 2007.

BROOK, D. W.; BROOK, J. S.; ZHANG, C.; COHEN, P.; WHITEMAN, M. Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders. **Archives of General Psychiatry**, v.59, n.11, p.1039-1044, 2002.

BROWN, S. A.; VIK, P. W.; CREAMER, V. A. Characteristics of relapse following adolescent substance abuse treatment. **Addictive Behavior**, v.14, n.3, p.291-300, 1989.

CARLINI, E. A. (Supervisão) *et al.* **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010**. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo; SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília – SENAD, 2010.

CARNEY, R.; YUNG, A. R.; AMMINGER, G. P.; BRADSHAW, T.; GLOZIER, N.; HERMENS, D. F.; HICKIE, I. B.; KILLACKEY, E.; MCGORRY, P.; PANTELIS, C.; WOOD, S. J.; PURCELL, R. Substance use in youth at risk for psychosis. **Schizophrenia Research**, 2016.

CASADIO, P.; FERNANDES, C.; MURRAY, R. M.; DI FORTI, M. Cannabis use in young people: The risk for schizophrenia. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v.35, n.8, p.1779-1787, 2011.

CASTILLO, A. R. G. L.; RECONDO, R.; ASBAHR, F. R.; MANFRO, G. G. Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.22, suppl. 2, p.20-23, 2000.

CELENTANO, D.; SHERMAN, S. G. The changing landscape of crack cocaine use and HIV infection. **Canadian Medical Association Journal**, v.181, n.9, p.571-572, 2009.

CENTER FOR BEHAVIORAL HEALTH STATISTICS AND QUALITY. **Results from the 2011 – National Survey on Drug Use and Health**: Summary of National Findings. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD, 2012. (NSDUH Series H-44, HHS Publication n.º (SMA) 12-4713).

CHARACH, A.; YEUNG, E.; CLIMANS, T.; LILLIE, E. Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: comparative meta-analyses. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v.50, n.1, p.9-21, 2011.

CHEN, C. Y.; STORR, C. L.; ANTHONY, J. C. Early-onset drug use and risk for drug dependence problems. **Addictive Behaviors**, v.34, n.3, p.319-322, 2009.

CLARK, D. B.; MARTIN, C. S.; CORNELIUS, J. R. Adolescent-onset substance use disorders predict young adult mortality. **Journal of Adolescent Health**, v.42, n.6, p.637-639, 2008.

CORDEIRO, D. C.; DIEHL, A. Comorbidades psiquiátricas. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. R. (Orgs.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p.106-118.

COSTELLO, E. J.; ERKANLI, A.; ANGOLD, A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? **Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines**, v.47, n.12, p.1263-1271, 2006.

CUNHA, P. J.; NOVAES, M. A. Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: implicações para o tratamento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, Supl I, p.23-27, 2004.

CURRY, J.; SILVA, S.; ROHDE, P.; GINSBURG, G.; KENNARD, B.; KRATOCHVIL, C.; SIMONS, A.; KIRCHNER, J.; MAY, D.; MAYES, T.; FEENY, N.; ALBANO, A. M.; LAVANIER, S.; REINECKE, M.; JACOBS, R.; BECKER-WEIDMAN, E.; WELLER, E.; EMSLIE, G.; WALKUP, J.; KASTELIC, E.; BURNS, B.; WELLS, K.; MARCH, J. Onset of Alcohol or Substance Use Disorders Following Treatment for Adolescent Depression. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.80, n.2, p.299-312, 2012.

DE ALMEIDA, P. P.; MONTEIRO, M. F. Neuropsicologia e dependência química. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. R. (Orgs.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p.98-105.

DEAS, D.; BROWN, E. S. Adolescent substance abuse and psychiatric comorbidities. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v.67, n.7, p.e02, 2006.

DEGENHARDT, L.; HALL, W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. **Lancet**, v.379, n.9810, p.55-70, 2012.

DEMETROVICS, Z. Co-morbidity of drug addiction: an analysis of epidemiological data and possible etiological models. **Addiction Research and Theory**, v.17, n.4, p.420-431, 2009.

DI FORTI, M.; MORGAN, C.; DAZZAN, P.; PARIANTE, C.; MONDELLI, V.; MARQUES, T. R.; HANDLEY, R.; LUZI, S.; RUSSO, M.; PAPARELLI, A.; BUTT, A.; STILO, S. A.; WIFFEN, B.; POWELL, J.; MURRAY, R. M. High-potency cannabis and the risk of psychosis. **British Journal of Psychiatry**, v.195, n.6, p.488-491, 2009.

DIAS, A. C.; ARAÚJO, M. R.; DUNN, J.; SESSO, R. C.; DE CASTRO, V.; LARANJEIRA, R. Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: A 12-year prospective cohort study conducted in Brazil. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.41, n.3, p.273-278, 2011.

DISNEY, E. R.; ELKINS, I. J.; MCGUE, M.; IACONO, W. G. Effects of ADHD, conduct disorder, and gender on substance use and abuse in adolescence. **The American Journal of Psychiatry**, v.156, n.10, p.1515-1521, 1999.

DOBKIN, P. L.; CHABOT, L.; MALIANTOVITCH, K.; CRAIG, W. Predictors of outcome in drug treatment of adolescent inpatients. **Psychological Reports**, v.83, n.1, p.175-186, 1998.

DÓRIA, G. M. S.; ANTONIUK, S. A.; ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B.; FAJARDO, D. N.; EHLKE, M. N. Delinquency and association with behavioral disorders and substance abuse. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.61, n.1, p.51-57, 2015.

DUALIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, Supl 4, p.s545-557, 2008.

DUFFY, A.; HORROCKS, J.; MILIN, R.; DOUCETTE, S.; PERSSON, G.; GROF, P. Adolescent substance use disorder during the early stages of bipolar disorder: a prospective high-risk study. **Journal of Affective Disorders**, v.142, n.1-3, p.57-64, 2012.

DUMAS, J. E. **Psicopatologia da infância e da adolescência**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

DUNN, J.; LARANJEIRA, R. Transitions in the route of cocaine administration – characteristics, directions, and associated variables. **Addiction**, v.94, n.6, p.813-824, 1999.

DUPAUL, G. School-based interventions for students with attention deficit hyperactivity disorder: current status and future directions. **School Psychology Review**, v.36, n.2, p.183-194, 2007.

DUPRE, D.; MILLER, N.; GOLD, M.; ROSPENDA, K. Initiation and progression of alcohol, marijuana, and cocaine use among adolescent abusers. **The American Journal on Addiction**, v.4, p.43-48, 1995.

ELKINS, I. J.; MCGUE, M.; IACONO, W. G. Prospective effects of attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and sex on adolescent substance use and abuse. **Archives of General Psychiatry**, v.64, n.10, p.1145-1152, 2007.

ELLENHORN, M. J.; SCHONWALD, S.; ORDOG, G.; WASSERBERGER, J. **Ellenhorn's medical toxicology**: diagnosis and treatment of human poisoning. 2.ed. Baltimore: Williams e Wilkins, 1997.

ESCH, T.; STEFANO, G. B. The neurobiology of pleasure, reward processes, addiction and their health implications. **Neuro Endocrinology Letter**, v.25, n.4, p.235-251, 2004.

ESSAU, C. A. Comorbidity of substance use disorders among community-based and high-risk adolescents. **Psychiatry Research**, v.185, n.1, p.176-184, 2011.

FALCK, R. S.; WANG, J.; CARLSON, R. G. Among long-term crack smokers, who avoids and who succumbs to cocaine addiction? **Drug and Alcohol Dependence**, v.98, n.1-2, p.24-29, 2008.

FERGUSON, D. M.; HORWOOD, L. J.; RIDDER, E. M. Conduct and attentional problems in childhood and adolescence and later substance use, abuse and dependence: Results of a 25-year longitudinal study. **Christchurch Health & Development Study**, Christchurch School of Medicine & Health Sciences, P.O. Box 4345, Christchurch, New Zealand Received 1 June 2006.

_____. Conduct and attentional problems in childhood and adolescence and later substance use, abuse and dependence: results of a 25-year longitudinal study. **Drug and Alcohol Dependence**, v.88, suppl 1, p.S14-S26, 2007.

FERGUSON, D. M.; BODEN, J. M.; HORWOOD, L. J. Psychosocial sequelae of cannabis use and implications for policy: findings from the Christchurch Health and Development Study. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v.50, n.9, p.1317-1326, 2015.

FISCHER, M.; BARKLEY, R. A.; SMALLISH, L.; FLETCHER, K. Executive functioning in hyperactive children as young adults: attention, inhibition, response perseveration, and the impact of comorbidity. **Developmental Neuropsychology**, v.27, n.1, p.107-133, 2005.

FRAZIER, T.; YOUNGSTROM, E.; GLUTTING, J.; WATKINS, M. ADHD and achievement: meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students. **Journal of Learning Disabilities**, v.40, n.1, p.49-65, 2007.

GALDUROZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; FONSECA, A. M.; CARLINI, E. A.
V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas ensino nas 27 capitais brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, 2004. 399 p.

_____. **V Levantamento nacional sobre o consume de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: SENAD, Secretaria Nacional Antidrogas, 2005.

GOLDSTEIN, B. I.; BUKSTEIN, O. G. Comorbid substance use disorders among youth with bipolar disorder: opportunities for early identification and prevention. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v.71, n.3, p.348-358, 2010.

GRANT, B. F.; HASIN, D. S.; CHOU, S. P.; STINSON, F. S.; DAWSON, D. A. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. **Archives of General Psychiatry**, v.61, n.11, p.1107-1115, 2004.

GRELLA, C. E.; HSER, Y. I.; JOSHI, V.; ROUNDS-BRYANT, J. Drug treatment outcomes for adolescents with comorbid mental and substance use disorders. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v.189, n.6, p.384-392, 2001.

GROENMAN, A. P.; OOSTERLAAN, J.; ROMMELSE, N.; FRANKE, B.; ROEYERS, H.; OADES, R. D.; SERGEANT, J. A.; BUITELAAR, J. K.; FARAONE, S. V. Substance use disorders in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a 4-year follow-up study. **Addiction Research Report**, v.108, n.8, p.1503-1511, 2013.

HAASEN, C.; PRINZLEVE, M.; GOSSOP, M.; FISCHER, G.; CASAS, M. Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder or crack users. **World Psychiatric**, v.4, n.3, p.173-176, 2005.

HALL, W.; DEGENHART, L. Prevalence and correlates of cannabis use in developed and developing countries. **Current Opinion in Psychiatry**, v.20, n.4, p.393-397, 2007.

HARDAWAY, R.; SCHWEITZER, J.; SUZUKI, J. Hallucinogen Use Disorders. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, v.25, n.3, p.489-496, 2016.

HELLE, S.; RINGEN, P. A.; MELLE, I.; LARSEN, T.-K.; GJESTAD, R.; JOHNSEN, E.; LAGERBERG, T. V.; ANDREASSEN, O. A.; KROKEN, R. A.; JOA, I. Cannabis use is associated with 3 years earlier onset of schizophrenia spectrum disorder in a naturalistic, multi-site sample (N = 1119). **Schizophrenia Research**, v.170, n.1, p.217-221, 2016.

HERON, J.; BARKER, E. D.; JOINSON, C.; LEWIS, G.; HICKMAN, M.; MUNAFÒ, M.; MacLEOD, J. Childhood conduct disorder trajectories, prior risk factors and cannabis use at age 16: birth cohort study. **Addiction**, v.108, n.12, p.2129-2138, 2013.

HOLLAR, D.; MOORE, D. Relationship of substance use by students with disabilities to term educational, employment, and social outcomes. **Substance Use and Misuse**, v.39, n.6, p.931-962, 2004.

HSER, Y. I.; STARK, M. E.; PAREDES, A.; HUANG, D.; ANGLIN, M. D.; RAWSON, R. A 12-year follow-up of a treated cocaine-dependent sample. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.30, n.3, p.219-226, 2006.

ILGEN, M. A.; PRICE, A. M.; BURNETT-ZEIGLER, I.; PERRON, B.; ISLAM, K.; BOHNERT, A. S.; ZIVIN, K. Longitudinal predictors of addictions treatment utilization in treatment-naïve adults with alcohol use disorders. **Drug and Alcohol Dependence**, v.113, n.2, p.215-221, 2011.

JANÉ-LLOPIS, E.; MATYTSINA, I. Mental health and alcohol, drugs and tobacco: are view of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. **Drug and Alcohol Review**, v.25, n.6, p.515-536, 2006.

JESUS, F. B.; LIMA, F. C. A.; MARTINS, C. B. G.; MATOS, K. F.; SOUZA, S. P. S. Vulnerabilidade na adolescência: experiência e expressão do adolescente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v.32, n.2, p.359-367, 2011.

JOHNSON, M. E.; BREMS, C.; BURKE, S. Recognizing comorbidity among drug users in treatment. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v.28, n.2, p.243-261, 2002.

JOHNSTON, L. D.; O'MALLEY, P. M.; BACHMAN, J. G.; SCHULENBERG, J. E. Monitoring the Future: National Results on Adolescent Drug Use, 2009.

KALIVAS, P. W.; VOLKOW, N. D. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. **The American Journal of Psychiatry**, v.162, n.8, p.1403-1413, 2005.

KATUSIC, S. K.; BARBARESI, W. J.; COLLIGAN, R. C.; WEAVER, A. L.; LEIBSON, C. L.; JACOBSEN, S. J. Psychostimulant treatment and risk for substance abuse among young adults with a history of attention-deficit/ hyperactivity disorder: a population-based, birth cohort study. **Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology**, v.15, n.5, p.764-776, 2005.

KELLEY, M. E. ; WAN, C. R.; BROUSSARD, B.; CRISAFIO, A.; CRISTOFARO, S.; JOHNSON, S.; REED, T. A.; AMAR, P.; KASLOW, N. J.; WALKER, E. F.; COMPTON, M. T. Marijuana use in the immediate 5-year premorbid period is associated with increased risk of onset of schizophrenia and related psychotic disorders. **Schizophrenia Research**, v.171, n.1-3, p.62-67, 2016.

KELLY, T. M.; CORNELIUS, J. R.; CLARK, D. B. Psychiatric disorders and attempted suicide among adolescents with substance use disorders. **Drug and Alcohol Dependence**, v.73, n.1, p.87-97, 2004.

KENNESON, A.; FUNDERBURK, J. S.; MAISTO, S. A. Risk factors for secondary substance use disorders in people with childhood and adolescent-onset bipolar disorder: opportunities for prevention. **Comprehensive Psychiatry**, v.54, n.5, p.439-446, 2013.

KENT, K. M.; PELHAM JR., W. E.; MOLINA, B. S.; SIBLEY, M. H.; WASCHBUSCH, D. A.; YU, J.; GNAGY, E. M.; BISWAS, A.; BABINSKI, D. E.; KARCH, K. M. The academic experience of male high school students with ADHD. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v.39, n.3, p.451-462, 2011.

KESSLER, R. C.; AVENEVOLI, S.; COSTELLO, E. J.; GEORGIADES, K.; GREEN, J. G.; GRUBER, M. J.; HE, J. P.; KORETZ, D.; McLAUGHLIN, K. A.; PETUKHOVA, M.; SAMPSON, N. A.; ZASLAVSKY, A. M.; MERIKANGAS, K. R. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. **Archives of General Psychiatry**, v.69, n.4, p.372-380, 2012.

KHALID-KHAN, S.; SANTIBANEZ, M.-P.; McMICKEN, C.; RYNN, M. A. Social anxiety disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis, and treatment. **Pediatric Drugs**, v.9, n.4, p.227-237, 2007.

KIM, J.; FAN, B.; LIU, X.; KERNER, N.; WU, P. Ecstasy use and suicidal behavior among adolescents: Findings from a national survey. **Suicide & Life-Threatening Behavior**, v.41, n.4, p.435-444., 2011

KING, K. M.; CHASSIN, L. Adolescent stressors, psychopathology, and 81efic adult substance dependence: a prospective study. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**, v.69, n.5, p.629-638, 2008.

KING, S. M.; IACONO, W. G.; McGUE, M. Childhood externalizing and internalizing psychopathology in the prediction of early substance use. **Addiction**, v.99, n.12, p.1548-1559, 2004.

KLEIN, R. G.; MANNUZZA, S.; OLAZAGASTI, M. A.; ROIZEN, E.; HUTCHISON, J. A.; LASHUA, E. C.; CASTELLANOS, F. X. Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later. **Archives of General Psychiatry**, v.69, n.12, p.1295-1303, 2012.

KOUSHA, M.; SHAHRIVAR, Z.; ALAGHBAND-RAD, J. Substance Use Disorder and ADHD: Is ADHD a Particularly "Specific" Risk Factor? **Journal of Attention Disorders**, v.16, n.4, p.325-332, 2012.

KRAAN, T.; VELTHORST, E.; KOENDERS, L.; ZWAART, K.; ISING, H.; van den BERG, D.; de HAAN, L.; van der GAAG, M. Cannabis use and transition to psychosis in individuals at ultra-high risk: review and meta-analysis. **Psychological Medicine**, v.46, n.4, p.673-681, 2015.

KRIEGER, F. V.; POLANCZYK, G. V.; GOODMAN, R.; ROHDE, L. A.; GRAEFF-MARTINS, A.; SALUM, G.; STRINGARIS, A. Dimensions of oppositionality in a Brazilian community sample: testing the DSM-5 proposal and etiological links. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v.52, n.4, p.389-400, 2013.

KURIYAN, A. B.; PELHAM JR., W. E.; MOLINA, B. S.; WASCHBUSCH, D. A.; GNAGY, E. M.; SIBLEY, M. H.; BABINSKI, D. E.; WALTHER, C.; CHEONG, J.; YU, J.; KENT, K. M. Young adult educational and vocational outcomes of children diagnosed with ADHD. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v.41, n.1, p.27-41, 2013.

LAI, H. M. X.; HUANG, Q. R. Comorbidity of mental disorders and alcohol- and drug-use disorders: analysis of New SouthWales inpatient data. **Drug and Alcohol Review**, v.28, n.3, p.235-242, 2009.

LE CORFF, Y.; TOUPIN, J. Overt versus covert conduct disorder symptoms and the prospective prediction of antisocial personality disorder. **Journal of Personality Disorders**, p.1-9, 2013.

LEE, S. S.; HUMPHREYS, K. L.; FLORY, K.; LIU, R.; GLASS, K. Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: a meta-analytic review. **Clinical Psychology Review**, v.31, n.3, p.328-341, 2011.

LEWEKE, F. M.; KOETHE, D. Cannabis and psychiatric disorders: it is not only addiction. **Addiction Biology**, v.13, n.2, p.264-275, 2008.

LINDHIEM, O.; BENNETT, C. B.; HIPWELL, A. E.; PARDINI, D. A. Beyond Symptom Counts for Diagnosing Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder? **Journal of Abnormal Child Psychology**, v.43, n.7, p.1379-1387, 2015.

LOEBER, R.; BURKE, J.; PARDINI, D. A. Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v.50, n.1-2, p.133-142, 2009.

MADRUGA, C. S.; LARANJEIRA, R.; CAETANO, R.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; FERRI, C. P. Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil--a national survey. **Addictive Behaviors**, v.37, n.10, p.1171-1175, 2012.

MARCONI, A.; DI FORTI, M.; LEWIS, C. M.; MURRAY, R. M.; VASSOS, E. Meta-Analysis of the Association Between the Level of Cannabis Use and Risk of Psychosis. **Schizophrenia Bulletin**, v.42, n.5, p.1262-1269, 2016.

MARMORSTEIN, N. R.; IACONO, W. G.; MALONE, S. M. Longitudinal associations between depression and substance dependence from adolescence through early adulthood. **Drug and Alcohol Dependence**, v.107, n.2-3, p.154-160, 2010.

MASI, G.; MUCCI, M.; MILLEPIEDI, S. Separation anxiety disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. **CNS Drugs**, v.15, n.2, p.93-104, 2001.

McARDLE, P. Alcohol abuse in adolescents. **Archives of Disease in Childhood**, v.93, n.6, p.524-527, 2008.

MEIER, M. H.; CASPI, A.; AMBLER, A.; HARRINGTON, H.; HOUTS, R.; KEEFE, R. S.; McDONALD, K.; WARD, A.; POULTON, R.; MOFFITT, T. E. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v.109, n.40, p.E2657-2664, 2012.

MERIKANGAS, K. R.; MEHTA, R. L.; MOLNAR, B. E.; WALTERS, E. E.; SWENDSEN, J. D.; AGUILAR-GAZIOLA, S.; BIJL, R.; BORGES, G.; CARAVEO-ANDUAGA, J. J.; DEWIT, D. J.; KOLODY, B.; VEGA, W. A.; WITTCHEN, H. U.; KESSLER, R. C. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the international consortium in psychiatric epidemiology. **Addictive Behaviors**, v.23, n.6, p.893-907, 1998.

MILLER, P.; PLANT, M. Truancy and perceived school performance: an alcohol and drug study of UK teenagers. **Alcohol Alcoholism**, v.34, n.6, p.886-893, 1999.

MOLINA, B. S.; BUKSTEIN, O. G.; LYNCH, K. G. Attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder symptomatology in adolescents with alcohol use disorder. **Psychology of Addictive Behaviors**, v.16, n.2, p.161-164, 2002.

MOLINA, B. S.; PELHAM, W. E. Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. **Journal of Abnormal Psychology**, v.112, n.3, p.497-507, 2003.

MOORE, S. E.; NORMAN, R. E.; SLY, P. D.; WHITEHOUSE, A. J. O.; ZUBRICK, S. R.; SCOTT, J. Adolescent peer aggression and its association with mental health and substance use in an Australian cohort. **Journal of Adolescence**, v.37, n.1, p.11-21, 2014.

MORAES, E.; CAMPOS, G. M.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. R.; FERRAZ, M. B. Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.28, n.4, p.321-325, 2006.

MORIHISA, R. **Estudo de comorbidades psiquiátricas entre adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas atendidos em um hospital universitário**. Dissertação (Mestrado) – FAMUSP, São Paulo, 2006.

MUNARETTI, C. L.; TERRA, M. B. Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.56, n.2, p.108-115, 2007.

NAJT, P.; FUSAR-POLY, P.; BRAMBILLA, P. Co-occurring mental and substance abuse disorders: a review on the potential predictors and clinical outcomes. **Psychiatry Research**, v.186, n.2-3, p.159-164, 2011.

NAPPO, S. A.; CARLINI, E. L. A.; ARAÚJO, M. D.; MOREIRA, L. F. S. M. Prescription of ano- rectic and benzodiazepine drugs through notification B prescriptions in Natal, Rio Grande do Norte, Brazil. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v.46, n.2, p.297-303, 2010.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). **Preventing drug use among children and adolescents**: a research-based guide. Bethesda, MD: NIH Publication, 2003.

_____. The neurobiology of addiction – Teaching Package II, For Health Practioners and Neurocientists, 2010.

_____. **Principles of adolescent substance use disorder treatment**: a research – base guide. Bethesda: Maryland, 2014.

NOCK, M. K.; KAZDIN, A. E.; HIRIPI, E.; KESSLER, R. C. Prevalence, subtypes, and correlates of DSM-IV conduct disorder in the National Comorbidity Survey Replication. **Psychological Medicine**, v.36, n.5, p.699-710, 2006.

NOCK, M. K.; KAZDIN, A. E.; HIRIPI, E.; KESSLER, R. C. Lifetime Prevalence, Correlates, and Persistence of Oppositional Defiant Disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v.48, n.7, p.703-713, 2007.

NORBERG, M. M.; KEZELMAN, S.; LIM-HOWER, N. Primary prevention of cannabis use: a systematic review of randomized controlled trials. **PLoS One**, v.8, n.1, p.e53187, 2013.

OLAZAGASTI, M. A. R.; KLEIN, R. G.; MANNUZZA, S.; BELSKY, E. R.; HUTCHISON, J. A.; LASHUA-SHRIFTMAN, E. C.; CASTELLANOS, F. X. Does Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Predict Risk-Taking and Medical Illnesses in Adulthood? **Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry**, v.52, n.2, p.153-162, 2013.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Characterization of the crack cocaine culture in the city of São Paulo: a controlled pattern of use. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n.4, p.664-671, 2008.

OTTEN, R.; BARKER, E. D.; MAUGHAN, B.; ARSENEAULT, L.; ENGELS, R. C. Self-control and its relation to joint developmental trajectories of cannabis use and depressive mood symptoms. **Drug and Alcohol Dependence**, v.112, n.3, p.201-208, 2010.

PARDINI, D. A.; FITE, P. J. Symptoms of conduct disorder, oppositional defiant disorder, attention-deficit/hyperactivity disorder, and callous-unemotional traits as unique predictors of psychosocial maladjustment in boys: advancing an evidence base for DSM-V. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v.49, n.11, p.1134-1144, 2010.

PECHANESKY, F.; SZOBOT, C. M.; SCIVOLETTO, S. Alcohol use among adolescents: concepts, epidemiological characteristics and etiopatogenic factors. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, Supl 1, p.S14-17, 2004.

PEDERSEN, W.; MASTEKAASA, A.; WICHSTROM, L. Conduct problems and early cannabis initiation: a longitudinal study of gender differences. **Addiction**, v.96, n.3, p.415-431, 2001.

PIANCA, T. G.; ROHDE, L. A.; ROSA, R. L.; BEGNIS, A. P.; FERRONATTO, P. B.; JENSEN, M. C.; PECHANISKY, F.; CERESÉR, K. M.; FAIRCHILD, V. P.; SZOBOT, C. M. Crack Cocaine Use in Adolescents: Clinical Characteristics and Predictors of Early Initiation. **Journal of Clinical Psychiatry**, 2016

REINARMAN, C.; LEVINE, H. G. The crack attack: politics and media in the crack scare. In: _____. **Crack in America**: demons drugs and social justice. Berkeley: University of California Press, 1997. p.18-52.

REINHARDT, M. C.; REINHARDT, C. A. U. Attention deficit-hyperactivity disorder, comorbidities, and risk situations. **Jornal de Pediatria** (Rio J), v.89, n.2, p.124-130, 2013.

REY, J. M. (Ed.). **IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health**. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2012.

RIBEIRO, M. Avaliação psiquiátrica e comorbidades. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p.239-250.

ROBB, J. A.; SIBLEY, M. H.; PELHAM JR., W. E.; FOSTER, E. M.; MOLINA, B. S.; GNAGY, E. M.; KURIYAN, A. B. The estimated annual cost of ADHD to the US education system. **School Mental Health**, v.3, n.3, p.169-77, 2011.

ROHDE, L. A.; ZAVASCHI, M.; LIMA, D. Quem deve tratar crianças e adolescentes? O espaço da psiquiatria da infância e da adolescência em questão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.22, n.1, p.2-3, 2000.

ROHDE, P.; LEWINSOHN, P. M.; SEELEY, J. R. Psychiatric comorbidity with problematic alcohol use in high school students. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v.35, n.1, p.101-109, 1996.

ROUNSAVILLE, B. J. Treatment of cocaine dependence and depression. **Biological Psychiatry**, v.56, n.10, p.803-809, 2004.

RUBINO, T.; ZAMBERLETTI, E.; PAROLARO, D. Adolescent exposure to cannabis as a risk factor for psychiatric disorders. **Journal of Psychopharmacology**, v.26, n.1, p.177-188, 2012.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.4, p.599-605, 2005.

SCHEFFER, M.; PASA, G. G.; DE ALMEIDA, R. M. M. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.26, n.3, p.533-541, 2010.

SCHIMMELMANN, B. G.; CONUS, P.; COTTON, S. M.; KUPFERSCHMID, S.; KAROW, A.; SCHULTZE-LUTTER, F.; MCGORRY, P. D.; LAMBERT, M. Cannabis use disorder and age at onset of psychosis: a study in first-episode patients. **Schizophrenia Research**, v.129, n.1, p.52-56, 2011.

SCHIMMELMANN, B. G.; CONUS, P.; COTTON, S.; KUPFERSCHMID, S.; MCGORRY, P. D.; LAMBERT, M. Prevalence and impact of cannabis use disorders in adolescents with early onset first episode psychosis. **European Psychiatry**, v.27, n.6, p.463-469, 2012.

SCHMITS, E.; MATHYS, E.; QUERTEMONT, E. A longitudinal study of cannabis use initiation among high school students: effects of social anxiety, expectancies, peers and alcohol. **Journal of Adolescence**, v.41, p.43-52, 2015.

SCIVOLETTO, S. **Tratamento psiquiátrico ambulatorial de adolescentes usuários de drogas**: características sócio-demográficas, a progressão do consumo de substâncias psicoativas e fatores preditivos de aderência e evolução no tratamento. 127p. Tese (Doutorado) – FAMUSP, São Paulo, 1997.

SEIDMAN, L. J.; VALERA, E. M.; MAKRIS, N. Structural brain imaging of attention-deficit/hyperactivity disorder. **Biological Psychiatry**, v.57, n.11, p.1263-1272, 2005.

SHAPIRO, G. K.; BUCKLEY-HUNTER, L. What every adolescent needs to know: cannabis can cause psychosis. **Journal of Psychosomatic Research**, v.69, n.6, p.533-539, 2010.

SHAW, V. N.; HSER, Y. I.; ANGLIN, M. D.; BOYLE, K. Sequences of powder cocaine and crack use among arrestees in Los Angeles County. **The American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v.25, n.1, p.47-66, 1999.

SIEGAL, H. A.; LI, L.; RAPP, R. C. Abstinence trajectories among treated crack cocaine users. **Addictive Behaviors**, v.27, n.3, p.437-449, 2002.

SLOBODA, Z. (Ed.). **Epidemiology of Drug Abuse**. New York: Springer-Verlag, 2005.

SONUGA-BARKE, E. J. Psychological heterogeneity in AD/HD--a dual pathway model of behaviour and cognition. **Behavioural Brain Research**, v.130, n.1-2, p.29-36, 2002.

SQUEGLIA, L. M.; SORG, S. F.; SCHWEINSBURG, A. D.; WETHERILL, R. R.; PULIDO, C.; TAPERT, S. F. Binge drinking differentially affects adolescent male and female brain morphometry. **Psychopharmacology** (Berlin), v.220, n.3, p.529-539, 2012.

STANGER, C.; BUDNEY, A. J.; KAMON, J. L.; THOSTENSEN, J. A randomized trial of contingency management for adolescent marijuana abuse and dependence. **Drug and Alcohol Dependence**, v.105, n.3, p.240-247, 2009.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA). **Office of Applied Studies**. Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. Rockville, MD: SAMHSA, 2014.

SUNG, M.; ERKANLI, A.; ANGOLD, A.; COSTELLO, E. J. Effects of age at first substance use and psychiatric comorbidity on the development of substance use disorders. **Drug and Alcohol Dependence**, v.75, n.3, p.2870-299, 2004.

SZOBOT, C. M.; ROHDE, L. A.; BUKSTEIN, O.; MOLINA, B. S.; MARTINS, C.; RUARO, P.; PECHANSKY, F. A. Is attention-deficit/hyperactivity disorder associated with illicit substance use disorders in male adolescents? A community-based case-control study. **Addiction**, v.102, n.7, p.1122-1130, 2007.

TARTER, R. E. Etiology of adolescent substance abuse: a developmental perspective. **The American Journal on Addictions**, v.11, n.3, p.171-191, 2002.

TAVARES, B. F.; BERIA, J. U.; LIMA, S. M. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.2, p.150-158, 2001.

TENGAN, S. K.; MAIA, A. K. Psicoses funcionais na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria** (Rio J), v.80, n.2, p.3-10, 2004.

THE AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. **American Psychiatric Publishing**, 2013.

TIEN, A. Y.; ANTHONY, J. C. Epidemiological analysis of alcohol and drug use as risk factors for psychotic experiences. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v.178, n.8, p.473-480, 1990.

TOMLINSON, K. L.; BROWN, S. A. Self-medication or social learning? A comparison of models to predict early adolescent drinking. **Addictive Behaviors**, v.37, n.2, p.179-186, 2012.

UPADHYAYA, H. P. Substance use disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: Implications for treatment and the role of the primary care physician. **Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry**, v.10, n.3, p.211-221, 2008.

VAN DE GLIND, G.; KONSTENIUS, M.; KOETER, M. W.; VAN EMMERIK-VAN OORTMERSSSEN, K.; CARPENTIER, P. J.; KAYE, S.; DEGENHARDT, L.; SKUTLE, A.; FRANCK, J.; BU, E. T.; MOGGI, F.; DOM, G.; VERSPREET, S.; DEMETROVICS, Z.; KAPITÁNY-FÖVÉNY, M.; FATSÉAS, M.; AURIACOMBE, M.; SCHILLINGER, A.; MØLLER, M.; JOHNSON, B.; FARAONE, S. V.; RAMOS-QUIROGA, J. A.; CASAS, M.; ALLSOP, S.; CARRUTHERS S.; SCHOEVEERS, R. A.; WALLHED, S.; BARTA C.; ALLEMAN, P.; LEVIN, F. R.; VAN DEN BRINK, W.; IASP RESEARCH GROUP. Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: Results from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria. **Drug and Alcohol Dependence**, v.134, p.158-166, 2014.

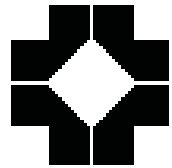
VAN ROSSUM, I.; BOOMSMA, M.; TENBACK, D. Does cannabis use affect treatment outcome in bipolar disorder? A longitudinal analysis. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v.197, n.1, p.35-40, 2009.

- VIANNA, R. R. A. B.; CAMPOS, A. A.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v.5, n.1, p.46-61, 2009.
- VOLKOW, N. D.; WANG, G. J.; FOWLER, J. S.; TOMASI, D. Addiction circuitry in the human brain. **Annual Review of Pharmacology and Toxicology**, v.52, p.321-336, 2012.
- WAGNER, F. A.; ANTHONY, J. C. Male–female differences in the risk of progression from first use to dependence upon cannabis, cocaine, and alcohol. **Drug and Alcohol Dependence**, v.86, n.2-3, p.191-198, 2007.
- WATTS, A.; DEEGAN, A.; CAWTHORPE, D. Prevalence and Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. **European Psychiatry**, v.30, p.172, 2015.
- WHITE, H. R.; XIE, M.; THOMPSON, W.; LOEBER, R.; STOUTHAMER-LOEBER, M. Psychopathology as a predictor of adolescent drug use trajectories. **Psychology of Addictive Behaviors**, v.15, n.3, p.210-218, 2001.
- WILENS, T. E. The nature of the relationship between attention- deficit/hyperactivity disorder and substance use. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v.68, Suppl 11, p.4-8, 2007.
- WILENS, T. E.; ADAMSON, J.; MONUTEAUX, M. C.; FARAONE, S. V.; SCHILLINGER, M.; WESTERBERG, D.; BIEDERMAN, J. Effect of prior stimulant treatment for attention- deficit/hyperactivity disorder on subsequent risk for cigarette smoking and alcohol and drug use disorders in adolescents. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v.162, n.10, p.916-921, 2008.
- WILENS, T. E.; ADAMSON, J.; SGAMBATI, S.; WHITLEY, J.; SANTRY, A.; MONUTEAUX, M. C.; BIEDERMAN, J. Do individuals with ADHD self-medicate with cigarettes and substances of abuse? Results from a controlled family study of ADHD. **The American Journal on Addictions**, v.16, Suppl 1, p.14-21; quiz 22-23, 2007.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life**. Geneva: World Health Organization, 2002.
- WU, L. T.; GERSING, K.; BURCHETT, B.; WOODY, G. E.; BLAZER, D. G. Substance use disorders and comorbid Axis I and II psychiatric disorders among young psychiatric patients: findings from a large electronic health records database. **Journal of Psychiatric Research**, v.45, n.11, p.1453-1462, 2011.
- ZALESKI, M.; LARANJEIRA, R. R.; MARQUES, A. C. P. R.; RATTO, L.; ROMANO, M.; ALVES, H. N. P.; SOARES, M. B. M.; ABELARDINO, V.; KESSLER, F.; BRASILIANO, S.; NICASTRI, S.; HOCHGRAF, P. B.; GIGLIOTTI, A. P.; LEMOS, T. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e substâncias. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.28, n.2, p.142-148, 2006.
- ZAMAN, T.; MALOWNEY, M.; KNIGHT, J.; BOYD, J. W. Co-Occurrence of Substance-Related and Other Mental Health Disorders Among Adolescent Cannabis Users. **Journal of Addiction Medicine**, v.9, n.4, p.317-321, 2015.

APÊNDICE
ANAMNESE PESQUISA COM ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DE ABUSO
DE SUBSTÂNCIAS – HC – UFPR



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA
E DA ADOLESCÊNCIA – HC - CENEP
ANAMNESE



Data da avaliação Psiquiátrica _____ Prontuário _____ Processo _____

Médico Responsável: _____

Nome do Adolescente _____

Sexo: _____ Cor: branco () pardo () negro () amarelo () outros _____

Naturalidade _____ Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Meses _____ Dias _____

Informante: _____

Pai: Nome _____ Idade _____

Profissão _____

Nível de Instrução _____ Situação trabalhista no último ano _____

Situação atual: (empregado/ desempregado)

Mãe: Nome _____ Idade _____

Profissão _____

Nível de Instrução _____ Situação trabalhista no último ano _____

Situação atual: (empregada/ desempregada)

Endereço: _____

Cep _____ Cidade _____ Estado _____

Telefones _____ Recado _____ Cel. _____

Nome da última escola _____

Série _____ Orientadora _____

Queixa e duração:

HMA:

História do desenvolvimento

Gravidez

Duração: _____ meses _____ Dias _____

Pré-natal _____ Apgar: _____

Intercorrências: (A gravidez foi planejada? Relacionamento dos pais antes e durante a gravidez, aceitação da mãe, aceitação do pai/fez pré-natal, gravidez de risco/ uso de álcool, drogas, tabaco/viroses/ameaça ou tentativa de aborto/hiperemese/exposição aos agentes tóxicos/medicação usada/eventos estressores/estado patológico da mãe durante a gravidez): Doenças infecto contagiosa na mãe: sífilis, rubéola, toxoplasmose, HIV.

Parto:

Local _____

Assistido por: médico/ enfermeira/ parteira/outros.

Tipo: Normal/ Fórceps/ Cesárea. Motivo _____

Tipo de anestesia: _____ Pós-parto materno _____

Prematuridade: _____ meses Pós-maturidade: _____ meses

Condições do RN: Peso: _____ grs. Altura: _____ cm

(Cianose/ Hipotonia/ Toco traumatismo/ Reanimação) _____

Intercorrências no berçário: (Cianose/ Convulsões/ Icterícia/ Desequilíbrio metabólico/ incubadora. UTI Outros).

Desenvolvimento neuropsicomotor:

Primeiros dias de vida (alimentação, choro e sono) _____

Sucção _____ Reação aos estímulos visuais e auditivos _____ Tono muscular _____

Iniciou sorriso social _____ Controle cervical _____

Sentou sem apoio _____ Primeiros passos _____ Andou sem apoio _____

Primeiras palavras _____ Frases _____ Compreendeu ordens verbais simples _____

Iniciou relatos _____ Gagueira _____

Controlou esfíncteres: Vesical (D) _____ Vesical(N) _____ Anal _____

Vestiu-se sozinho _____ Vacinação: completa _____ Incompleta _____

Faz distinção entre direita e esquerda _____ Sono (agitado ou tranquilo) _____

Interação social no primeiro ano de vida _____

Aleitamento/ Desmame/ Sinais de apego/ Uso de chupeta/ Sucção do polegar.

Antecedentes patológicos: (Virose da Infância/Convulsões/TCE/Cirurgias/Enurese/Encoprese/ internações, otite, amigdalite, rinite, adenóide, cirurgias, desnutrição, desidratação grave, carência de estimulação; infecções: meningoencefalites, sarampo, Intoxicações exógenas: remédios, inseticidas, produtos químicos (chumbo, mercúrio); acidentes: trânsito, afogamento, asfixia, quedas, etc.

Sensibilidade ou alergia a alguma medicação? Caso positivo Qual.

Tratamentos anteriores e medicações usadas: (Nome e dose da medicação) (sedativo, tranqüilizantes menores, neurolépticos, tranqüilizantes maiores, antidepressivos, psicoestimulantes, lítio, outros – especificar).

Antecedentes patológicos dos familiares: (quadros psiquiátricos e neurológicos, internações, medicações).

Uso de álcool, drogas nos familiares:

Caso de suicídio, homicídio:

Contaminação com HIV:

Existência de algum parente envolvido com a lei

Existência de algum caso parecido ao do adolescente na família:

Hábitos: (Hábitos alimentares (tipos de alimentos, frequência e quantidade), Hábitos de higiene, Outros hábitos inconvenientes).

Conduta pré-mórbida: (Nível de comunicação/ Reações às mudanças de rotina/ brincadeiras e brinquedos preferidos até que idade)

Escolaridade:

Início da pré-escola _____ Adaptação _____

Início da escola _____ Adaptação _____

Gosta de estudar _____

Dedicação aos estudos _____ Aproveitamento escolar _____

Nível escolar atual _____ Dificuldades específicas de aprendizado _____

Repetência _____ Causas: _____

Mudanças de escola _____

Conduta e disciplina na escola (relacionamento com professores e colegas, suspensões).

Dinâmica familiar: (Como é o relacionamento familiar/situação conjugal dos pais/personalidade e métodos educacionais do pai, da mãe – relacionamento com o paciente/períodos de afastamento – reação do paciente/posição do paciente entre os irmãos/relacionamento intrafamiliar):

Dinâmica social: (Tem amigos, quem são, onde conheceu, tempo de relacionamento, relacionamento com a vizinhança, atividade com os amigos. Percebe que se sensibiliza e compartilha com os sentimentos das pessoas (tristeza, alegria, braveza e etc.). Problemas: envolvimento com brigas, e ou alvo de gozação. Atividades sócio-culturais/práticas de esportes, grupos e organizações, lazer).

História pregressa de Abuso? Não _____ Sim _____

Físico Negligência Sexual Psicológico

Idade do paciente no abuso _____

Foi realizada notificação _____ data aproximada _____

A denuncia tinha fundamento _____ não tinha fundamento _____ não tem certeza _____

Grau de parentesco entre paciente e agressor _____

Atitude tomada? _____

Qual é o contato deste agressor com o paciente na atualidade? _____

Histórico de tratamento psiquiátrico

Idade	Período de tratamento	Sintomas e condições de tratamento	Local do tratamento

Exame psíquico:

(Impressão geral, Consciência, Orientação, Atenção, Memória, Linguagem, Pensamento, Ideação, Sensopercepção, Afetividade, Humor, Volição, Psicomotricidade, Inteligência, Juízo e Crítica)

Peso _____ kg

Altura _____ cm

Sexualidade: Menarca _____ Ciclos menstruais: _____ Regulares _____

Irregulares _____ TPM _____

Espermarca _____ 1.^a relação sexual _____ Vida sexual ativa? _____

Uso de contraceptivo _____ Qual? _____

Gravidez _____ Abortamento _____ (espontâneo/ provocado).

Se o adolescente não está vivendo com os pais biológicos, obter informações sobre o paradeiro dos pais história de separação, visitação, moradia atual, história da institucionalização, etc.

Marque com quem o adolescente reside: mãe biológica () pai biológico () madrasta () padrasto () pais adotivos () irmãos () avós () outros parentes () não familiares () outros _____

Antecedentes familiares:

Nome dos irmãos	Idade	Série	Lateralidade

Árvore genealógica:

SÍMBOLOS: Masculino; feminino; gêmeos idênticos; gêmeos não idênticos; prematuro; natimorto; falecido; adotivo; epilepsia; psicopatologia (especificar); outras doenças (especificar); assinalar paciente.

Estudo familiar:

Tipo de moradia: _____ Relação de propriedade _____

N.º de cômodos _____ Região onde mora _____

Residem na habitação: _____

Renda familiar mensal: R\$ _____ Responsável (s) pelo sustento: _____

Precedência: _____

Eventuais mudanças e conseqüências: _____

Importantes eventos de vida: _____

Hábitos religiosos: _____

Lazer: _____